Die

alcoholischen Geisteskrankheiten

im Basler Irrenhause,

aus den Jahren 1876—78 zusammengestellt

vom damaligen Assistenzarzte

Wilhelm von Speyr.

Inaugural-Dissertation,

der hohen medicinischen Facultät zu Basel behufs Erwerbung des Doctorgrades vorgelegt und genehmigt auf Antrag des Herrn Prof. Dr. WILLE.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

1892

Die

alcoholischen Geisteskrankheiten

im Basler Irrenhause,

aus den Jahren 1876—78 zusammengestellt

vom damaligen Assistenzarzte

Wilhelm von Speyr.

Inaugural-Dissertation,

der hohen medicinischen Facultät zu Basel behufs Erwerbung des Doctorgrades vorgelegt und genehmigt auf Antrag des Herrn Prof. Dr. WILLE.

1882.

Druck von F. Lohbauer, Rämistrasse 12, Zürich.

Meinem Lehrer und Oberarzte,

Herrn Professor Dr. Ludwig Wille,

als Zeichen meiner Dankbarkeit gewidmet.

Einleitung.

Wiederholt ist der Versuch gemacht worden, die Geisteskrankheiten nach ätiologischen Principien in Gruppen abzutheilen. Diese Bestrebungen haben sich als erfolglos erwiesen, doch sind einzelne Gruppen mehr oder weniger scharf abgegrenzt stehen geblieben. Der bedeutendste Anlauf in dieser Richtung war wohl derjenige von Morel. Seine Grundsätze waren die folgenden:

Specifische Ursachen, causes déterminantes spécifiques ou essentielles — Paradigma: die Intoxicationen — bedingen typische Geistesstörungen, die nicht auf andere Weise hervorzurufen sind.

Die Art der Störung stehe im Verhältniss zur Art der Ursache und dem Grad ihrer Einwirkung.(1)

Wiederholte Einwirkung rufe bei demselben Individuum stets dieselben, einmalige bei verschiedenen einander gleichartige Erscheinungen hervor.(2)

Immerhin bewähre sich Falret's Erfahrung, dass die toxischen Störungen trotz ihrem vorwiegend gleichartigen Character je nach dem moralischen Gehalt, der Characterstärke, der Empfänglichkeit des Nervensystems und namentlich nach Alter und Geschlecht individuelle Verschiedenheiten zeigen.(3) Durchgängig finde sich aber eine Beeinträchtigung der Verdauung und der nervösen Functionen (chronischer Catarrh, Lähmungen, Krämpfe), Sinnes- und Bewusstseinsstörungen (Hallucinationen, bald heitere, bald traurige Delirien) sogar Neigung zu schädlichen und gefährlichen Handlungen (Mord und Selbstmord).

Ich möchte nicht mit Nasse (4) alle Psychosen als alcoholische bezeichnen, für welche Alcoholmissbrauch als hauptsächlichste, wenn

nicht alleinige Ursache nachgewiesen ist, welches auch das Krankheitsbild sein möge, d. h. eben ausser dem Delirium tremens alle acuten und chronischen Irreseinsformen, die nach Alcoholmissbrauch entstehen können (am häufigsten Manie, Melancholie, Paralyse u. s. w).

Ich berücksichtige als specifisch alcoholische Psychosen nur

I. **Den pathologischen Rausch** (Alcoholismus acutus);
II. **Die alcoholische Verrücktheit,**
   a) die acute,
   b) die chronische;
III. **Das Delirium tremens;**
IV. **Den Alcoholismus chronicus.**

Die Grundlage dieser Arbeit bilden Krankenbeobachtungen, die ich fast ausschliesslich selbst geschrieben habe. Das Material ist leider an sich nicht gross, obschon relativ bedeutend. In Basel und in dessen Irrenhaus spielt nämlich der Alcoholmissbrauch eine grosse Rolle.

Für Basel im Allgemeinen führe ich nur von unserm zweiten Physicus, Herrn Dr. Lotz, eine kurze Angabe an,(5) die ihrer Natur nach erst noch unvollständig sein wird: Nach den öffentlichen Todesanzeigen im Jahre 1878 muss Alcoholgenuss bei 11 % der zwischen 30 und 60 Jahren gestorbenen Männer als directe alleinige oder indirecte mitwirkende Todesursache betrachtet werden, d. h.

bei 13,3 % der Männer zwischen 30 und 40 Jahren.
» 12,0 % » » » 40 » 50 »
» 7,7 % » » » 50 » 60 »

Im gleichen Jahre waren von den 5 Männern, die zwischen 30 und 40 Jahren an Pneumonie gestorben waren, 4 Alcoholisten.

Die Jahresberichte des Irrenhauses weisen während der 3 Jahre 1876—78 unter 364 Aufnahmen 110 specifisch alcoholische Erkrankungen auf und zwar bei 100 Männern von 214 und bei 10 Frauen von 150. Von den 254 übrigen, nicht alcoholischen Formen wurde Alcoholgenuss noch bei 34 Männern von 114 und bei 8 Frauen von 140 als wichtiges ätiologisches Moment angegeben. Diese ätiologische Bedeutung des Alcoholmissbrauches auch für nicht specifisch alcoholische Störungen suchte ich in der Tabelle I darzustellen. In der ersten Abtheilung verzeichnete ich die nicht alcoholischen Kranken, bei welchen mir Alcoholmissbrauch als Ursache angegeben wurde; in der zweiten diejenigen, bei welchen mir, vielleicht neben geisteskranken, trunksüchtige Familienglieder bekannt wurden; wo also

eine erbliche Belastung durch Trunksucht bestehen könnte. Auch diese Zahl von 23 Männern und 25 Frauen scheint gross, wenn wir bedenken, dass von diesen 254 Patienten mehrere wiederholt dagewesen sind, doch nur einmal zählen, und dass wir überhaupt bei 35,7 % unserer Kranken von Erblichkeit nichts wissen.

In Tabelle II gebe ich nach der gewöhnlichen Vorlage die Erblichkeitsverhältnisse für unsere alcoholischen Psychosen. Für diese haben wir weniger zahlreiche Angaben erhalten, als für die Gesammtheit unserer Kranken, nämlich 55,3 % gegenüber 64,3 %. Ich verfüge über die Krankengeschichten von 94 verschiedenen Personen, 89 Männern und 5 Frauen, von welchen ich einzelne noch einz weites Mal beobachtet habe. Sie wurden ausschliesslich während der Jahre 1876—78 aufgenommen.

I. Alcoholismus acutus.

Wenn man auch immer wieder betont, dass der Rausch eigentlich »nur ein transitorisches Irresein« sei, ([6]) so rechnet doch Niemand denselben zu den Geisteskrankheiten. So sagt z. B. Morel ([7]): »Das Studium des Rausches gehört freilich zur Betrachtung der Geisteskrankheiten, doch verbindet man mit diesem Zustand gewöhnlich nicht, und mit Recht, die Vorstellung des Irreseins. Nur der darf als verwirrt betrachtet werden, welcher ausserhalb der einmaligen, unmittelbaren Intoxication alle Erscheinungen der alcoholischen Störungen bietet.« Die Beobachtung der gemeinen Rauschzustände ist gerade im Vergleich mit den eigentlichen alcoholischen Psychosen wichtig. Alle diese Störungen sind Ausdrücke derselben Vergiftung und aus denselben Elementen aufgebaut; nur finden wir bei der einen oft nur schwach und vorübergehend angedeutet, was bei der andern dauernd und scharf ausgeprägt erscheint.

Nun kommt es vor, dass ein einmaliger Alcoholmissbrauch unverhältnissmässig heftige Folgen mit sich bringt und der Rausch alles erwartete Mass übersteigt. Der Volksmund spricht dann vom »bösen Wein« und die Aerzte unterscheiden einen solchen aussergewöhnlichen Rausch als pathologischen von dem gewöhnlichen, dem

»normalen«, allerdings ohne scharfe Grenze. Dieser pathologische Rausch ist der Alcoholismus acutus, die ivresse convulsive, die delirirenden und maniakalischen Ausbrüche nach Alcoholmissbrauch.

Auch Morel scheint das Bedürfniss nach einer solchen Scheidung empfunden zu haben, denn er sagt(8): »Man kann mir nun einwerfen, dass die Substanzen, deren Einfluss auf den Organismus wir zu prüfen haben, den Tod in kürzester Frist, nach einem mehr oder weniger heftigen Delirium, herbeiführen können, und dass sich diese Ausgangsformen in keine Gruppe von Geistesstörungen einreihen lassen.«

Als Alcoholismus acutus dürfen wir wohl einen Rauschzustand bezeichnen nach einmaligem genügendem Alcoholmissbrauch mit ungewöhnlich schweren Intoxicationserscheinungen, Magencatarrh Krampfanfällen, Hallucinationen, oft triebartigen Handlungen (Selbstmordversuchen, Gewaltthaten u. s. w.) und hochgradiger Bewusstseinsstörung, demgemäss mit mehr oder weniger vollkommenem Erinnerungsdefect. Er kommt bei disponirten Individuen vor, verläuft ganz acut, entwickelt sich aber nicht urplötzlich und gänzlich unvermittelt.

Sehe ich von den Wuthausbrüchen des chronischen Alcoholismus ab, so habe ich trotz den für acute Erkrankungen günstigen Aufnahmsverhältnissen unseres Irrenhauses nur einen unzweifelhaften Fall dieser Art beobachtet:

I. Beobachtung. H. Alexander, Gypser, 33 Jahre alt. Eines Abends wurde dieser Mann gebracht, der auf offener Strasse umgefallen war; er hatte anscheinend bewusstlos, in schweren Krämpfen und von Blut überströmt dagelegen, dabei aber Jedermann lebhaft abgewehrt. Der Patient sah übel aus, das Gesicht war voll Blut und zwar von einer Schürfung der Nase her, während die Zunge unverletzt war. Die Pupillen waren weit und starr, die Augen roth und trübe, Rumpf und Glieder zuckten noch lange krampfhaft. Obschon der Mann nicht allein stehen konnte, wehrte er doch Jeden ab; er schrie besonders laut, wenn man seinen Kopf berühren wollte. Er lallte sonst nur einige Worte und hallucinirte ängstlich zum mindesten mit Auge und Ohr.

Kalte Uebergiessungen im warmen Bad brachten den Patienten bald so weit, dass er wenigstens auf lautes Anreden zu antworten anfing. Darauf schlief er die ganze Nacht.

Am Morgen war er bei sich und erzählte, dass er bier- und schnapsberauscht über das Bein eines Mannes gestolpert wäre. Sonst

erinnerte er sich erst wieder einzelner Episoden des Transportes nach der Anstalt und des Bades. Der Urin war klar und eiweissfrei. Der Patient hatte nie einen epileptischen Anfall gehabt; er war soeben aus einem Spital entlassen worden, in welches ihn vor einiger Zeit eine Rückenmarkserschütterung durch eine Prügelei geführt hatte.

Abgesehen von der Anamnese dürfen wir hier einen epileptischen Anfall entweder für sich oder als Complication eines Rausches, was nicht so selten ist, ausschliessen wegen des ekligen Schnapsgestankes, des Zustandes der Augen, der langen Dauer der Krämpfe, der heftigen Hallucinationen, der energischen Reaction gegen jede Annäherung und des allmäligen Erwachens bei geeignetem Reize. Eine Bemerkung möchte ich beifügen: das Fehlen des Eiweisses im Urin lässt sich wohl ebenso wenig zu Gunsten des Rausches verwerthen, als sein Vorhandensein für einen epileptischen Anfall; denn schon Magnus Huss kannte Albuminurie beim schweren Rausche (9).

Diesem Beispiel von ivresse convulsive möchte ich folgenden Fall gegenüber stellen:

II. Beobachtung. B. Joseph, Schreiner, 26 Jahre alt. Patient erholte sich im Spital von einem schweren Typhus. Er ging heute zum ersten Mal aus, trank draussen Wein und kam gegen 7 Uhr Abends anscheinend nüchtern zurück. Ohne es zu wissen, verfehlte er sich gegen die Hausordnung, indem er einem Kameraden Zwieback mitbrachte, so dass ihn die Andern neckten. Auf einmal wurde er, während er seine Schuhe putzte, leichenblass, knirschte mit den Zähnen und stürmte schreiend und gesticulirend im Zimmer umher. Er vertheidigte sich gegen hallucinirte Vorwürfe des Diebstahls u. dgl. und wollte »als alter Soldat« Alle prügeln. Mühsam wurde er überwältigt, mit kaltem Wasser übergossen und in's Irrenhaus heruntergebracht. Unterwegs erbrach er sich.

Hier greift Patient nicht mehr an; sein Gesicht ist farblos, die Pupillen weit und starr, Temperatur normal, kein Zittern, kein Schweiss; aber noch Zähneknirschen, lebhafte Gesten, Hallucinationen, Angst und Verwirrung. Patient stösst abgebrochene, drohende Worte aus und lacht und singt und prahlt dazwischen. Bald ermattet er und um 9 Uhr ist er bei sich, noch etwas ängstlich und sehr müde. Er schläft die ganze Nacht ohne Traum. Am Morgen ist der Patient, ein intelligenter Bursche, beschämt; er erkennt, dass er verwirrt war, weiss aber von Anfang bis zu Ende des Vorfalls nichts oder nur Andeutungen. Er stellt Vererbung, frühere

Krankheiten und Epilepsie in Abrede; aber als Soldat habe er einmal einen ähnlichen, nur weniger heftigen Anfall gehabt.

Während ich das erste Beispiel zu den ächten alcoholischen Störungen rechne, möchte ich dieses zweite nicht dazu, sondern unbestimmt zu den transitorischen Psychosen zählen.

Im ersten Falle waren die Symptome eines schweren Rausches vorhanden; derselbe stand in einem gewissen Verhältniss zum Alcoholgenuss und dementsprechend hatte sich die Störung in allmäliger Steigerung, nicht in plötzlicher Entladung entwickelt. Die heftigen Erscheinungen lassen sich wohl besser durch eine gesteigerte Empfindlichkeit seit jener Rückenmarkserschütterung erklären, als durch Magnan's Annahme, dass bei solchen Gelegenheiten der Wein gefälscht oder verdorben sei ([10]).

Im zweiten Falle dagegen war nur wenig Alcohol getrunken worden; hier wirkte er nicht specifisch, berauschend — es dachte kein einziger Zuschauer an einen Rausch — wohl aber schwächte er eine durch Typhus empfänglich gewordene Constitution noch mehr, so dass eine harmlose Neckerei plötzlich einen Tobanfall auslösen konnte.

Diesem zweiten Beispiele könnte ich mehrere zur Seite stellen, die alle typisch dasselbe Bild darboten und ebenso rasch abliefen, obschon Alcohol, wenigstens bei einzelnen, auszuschliessen war:

Eine anämische Frau, die eben ihr Kind entwöhnte, wurde rasend, als ihr nach geringem Alcoholgenuss Vorwürfe gemacht wurden. Eine andere, durch schwere Geburt und Puerperalfieber geschwächte Frau tobte, als sie ihres Kindes wegen mühsam aufgestanden war. Sie fiel zuerst ohnmächtig um und trank dann, möglicherweise etwas Wein. Eine dritte Frau aber, welche an Typhus erkrankte, als sie noch stillte, bekam bei der ersten Salicyldose einen Wuthanfall und eine vierte anämische Frau einen ähnlichen, als ihr Mann einst spät und zankend heimkam, während sie menstruirte.

Alle diese Fälle waren typisch dieselben; der Alcohol wirkte also oben nicht anders, als hier der Affect, dort das Salicyl und die Ueberanstrengung. Alle diese Schädlichkeiten ergriffen schwächend, wohl durch Störung des Kreislaufes, durch Anämie (Typhus, Puerperalfieber, Menstruation und Lactation) besonders empfindlich egwordene Individuen. Für Epilepsie fand sich nirgends ein Anhaltspunkt.

II. Die alcoholische Verrücktheit.

Wer von einer Geistesstörung spricht, die durch Alcoholmissbrauch verschuldet werde, der denkt vor allem an das Delirium tremens. Doch möchte ich nicht dieses, sondern die alcoholische Verrücktheit voranstellen. Die alcoholische Verrücktheit ist ein hallucinatorischer Verfolgungswahn, bei welchem sich nach Ausdruck, Dauer und Ausgang eine acute und eine chronische Form wohl unterscheiden lassen.

Bei der acuten alcoholischen Verrücktheit sind die körperlichen Symptome des Alcoholismus gering, es fehlt Grössenwahn, sie bricht plötzlich aus, dauert höchstens 3 Wochen und endet günstig.

Bei der chronischen alcoholischen Verrücktheit sind gewöhnlich schwere körperliche und geistige Symptome von Alcoholismus chronicus vorhanden und neben Verfolgungswahn kann auch Grössenwahn vorkommen. Die Störung entwickelt sich stufenweise, verläuft langsam und endet wohl nie mit Genesung.

Während die chronische Verrücktheit der Trinker hinreichend bekannt ist, hat man den acuten Verfolgungswahn derselben nur wenig berücksichtigt, obschon er nicht selten ist und zahlreiche gute Beispiele längst veröffentlicht sind (Magnan ([11]), Voisin ([12]) etc.). Einzelne Fälle sind freilich als acute Säufermelancholie und die meisten als eine Abart des Delirium tremens beschrieben worden.

a) Die acute alcoholische Verrücktheit.

III. Beobachtung. D. Georg, Deserteur, 20 Jahre alt, ledig. Einziges Kind. Eltern früh gestorben, Vater am Trunk, Mutter an der Schwindsucht. Körperlich nie krank, moralisch von jeher schwach. Entlief aus der Schule und desertirte vor ½ Jahr aus seinem Militärdienst, trieb sich dazwischen unthätig in der Fremde herum. Schon vor dem Militärdienst geschlechtliche Excesse und übermässiger Genuss von Wein, Schnaps und Absinthe (nie Epilepsie). Am 17. Mai plötzlich Verwirrung: Hallucinationen, Angst, Zittern, Ruhelosigkeit. Die Nächte waren schlimmer als die Tage.

Aufgenommen am 25. Mai 1878. Hoch aufgeschossen, mager. Spitze Condylome. Zunge und Glieder zittern. Pupillen öfters ungleich. Temperatur normal. Puls wechselnd und reizbar. Appetit anfänglich schlecht, keine Angst vor Gift. Schlaf in der ersten Nacht mit Chloral 2,0 nur während zweier Stunden, später gut, vom

12. Juni an auch ohne Chloral. Patient ist ziemlich unruhig, Abends nicht ärger als am Tag, sehr ängstlich, dabei anhänglich. Er spricht gut, doch erregt, erzählt mit gutem Gedächtniss und grosser Genauigkeit, hallucinirt lebhaft. Bisweilen erkennt er seine Hallucinationen, sie seien aber stärker als seine Vernunft. Ein Thier wühle in seinem Leib, brenne ihn im Magen, steche ihn in den Rücken und eine Kugel drücke auf seinen Kopf. Die Vögel pfeifen in seine Ohren, ein Dämon verspottet ihn, er hört Vorwürfe. Er sieht seine todten Eltern, die Verwandlung eines Stückes Brod in ein Ungeheuer. Das Bettkissen hebt sich Nachts mit ihm. Die Stimmen zwingen ihn, $^3/_4$ Stunden lang den Mund zu verziehen oder die Hand an Mund und Ohr zu halten.

27. Mai. Beginn der Remission. Gesichter in der Wand entpuppen sich als Spalten. Langeweile.

Anfangs Juni. Alle Sinnestäuschungen verschwunden; die Vogelstimmen hielten am längsten an. Aussehen gut. Tremor unbedeutend. Die Aengstlichkeit weicht einer empfindlichen Stimmung und Patient macht sich Sorgen wegen der Zukunft, über welche er zu keinem Entschluss kommt. Dann wird er unzufrieden, anmassend und lebt wieder behaglich, sobald er nicht arbeiten muss.

Entlassen am 26. Juni.

IV. Beobachtung. S. Gustav, Sprachlehrer, 26 $^1/_2$ Jahre alt, ledig. Patient wird polizeilich gebracht. Er ist auf der Heimreise, hat schon lange mehr getrunken, als gegessen und desswegen auch schon delirirt: Zum ersten Mal 1872 nach übermässigem Genuss von Genièvre, dann vor 7—8 Monaten nach einem Fall im Rausch. Seitdem ertrug er wenig mehr und litt an Brechreiz und Magendruck. Andere Krankheiten und Erblichkeit werden verneint. Seit dem 1. October Druck im Kopf, Unruhe, schwere Träume. Am 7. October Beginn der Reise; auf einmal im Eisenbahnwagen Hallucinationen: die Mitreisenden reden in seiner Muttersprache über den Patienten und drängen sich an ihn, um ihm das Leben zu nehmen. In Basel stösst er auf spottende Bekannte, sie zeihen ihn schwerer Verbrechen, er wird verklagt, zum Erschiessen verurtheilt und flüchtet sich mit seinem Revolver in ein Haus.

Aufgenommen am 8. October 1876. Patient ist gross, ziemlich kräftig, blass. Rechte Wange erschlafft. Pupillen weit und gleich. Hände feucht und kalt. Zunge belegt, zitternd. Gesichts- und Armmuskeln zittern stark. Puls beschleunigt. Temperatur 38,$_1$ °. Patient ist traurig und erzählt, doch nicht zusammenhängend, was

ihm passirt sei. Er weiss nicht, ob es Traum oder Wirklichkeit gewesen sei, bis er sich seiner frühern Delirien erinnert. Ein Tropfbad erträgt er wegen Kopfweh's nicht. Beim Dunkelwerden sieht er widerliche Figuren herumtanzen, hört Stimmen aus den Wänden und vernimmt, wie seine Ermordung auf französisch verabredet wird. Er hat Angst, geht gespannt auf und ab und droht mit Gewaltthat und Sprung aus dem Fenster. Er lässt keine Sinnestäuschung mehr gelten; was er Mittags gesagt, sei in der Aufregung gesprochen, während er nun erst ruhig sei. Natürlich müsse er sich für sein Leben wehren. Dann bittet er um Schonung; man werde sich ja täuschen, wenn man Grosses in seinem Kopfe suche; die Section müsse weniger ergeben, als bei jedem Andern. Endlich verlangt er Gift; man solle es denn kurz machen. Aber eine Morphiuminjection muss erzwungen werden. Dann beruhigt sich Patient, erbricht und schläft um 11 Uhr ein.

9. October. Schlief lange und traumlos. Beim Erwachen Uebelkeit, aber gute Stimmung, Klarheit, Krankheitseinsicht und Erinnerung. Den Wein hält Patient nicht mehr für sehr gefährlich.

10. October. Ohne Mittel vorzügliche Nacht. Patient muss nach Hause entlassen werden.

V. Beobachtung. E. Johann, Commis, 33 Jahre alt, verheirathet. Erblichkeit verneint. Schwere Krankheiten nicht vorausgegangen. Patient liebt gutes Essen und Trinken, besonders seit er eine reiche Frau geheirathet hat. Er kommt nun seit dem Frühjahr 1872 zum sechsten Mal — immer ohne besondere Gelegenheitsursache — in's Irrenhaus; bisher mit der Diagnose Delirium potatorum, das sich aber durch »Verfolgungsideen« (Electrisiren und Zerstören des Rückenmarkes) auszeichnete.

Aufgenommen am 4. October 1875. Starke Blässe des Gesichts, die erst mit Zunahme der Ernährung und der psychischen Besserung schwindet; während der Höhe und noch vor dem Abfall der Krankheit mehrmals heftiger nächtlicher Schweiss. Nächte mit einer Ausnahme ruhig; Schlaf mit Morphium oder Chloral gut. Appetit stets gut. Neigung zu Verstopfung. Am Tag war Patient mehr oder weniger unstet und ängstlich, er kümmerte sich nicht um seine Umgebung, einmal war er nur schwer zu beruhigen, meist gab er guten Bescheid und empfand oft seine Krankheit. Er war besonders von Gehörshallucinationen geplagt; er wurde vor Gericht gerufen, hörte Verfolger und Mörder, so dass er sich einmal mit einem Messer bewaffnete und namentlich Verwandte und seine Frau,

gegen welche er verstimmt war, bedrohte. Er hatte seltener Visionen, doch sah er Nachts bisweilen Thiere. Ein Gefühl von Lähmung in Armen und Beinen gab zu Täuschungen Anlass: Patient glaubte sich magnetisirt, daneben einer Lunge beraubt, als er Stiche in der Brust verspürte. Er erholte sich mit kleinen Rückfällen, nicht plötzlich, in 3 Wochen; dabei wurden die Stimmen schwächer und verloren sich in Singen und Ohrensummen. Entlassung am 25. November.

VI. Beobachtung. Derselbe. Wieder aufgenommen am 11. August 1876. Patient lebte bis Juli angeblich solid. Als er dem Trinken nicht mehr widerstehen konnte, suchte er selbst Hilfe, aber zu spät, und vor 3 Tagen begann Nachts die Aufregung.

Patient ist gut genährt. Gesicht geröthet. Rechte Pupille erweitert, wie noch öfter im Verlauf. Zunge belegt, mässig zitternd, mit einer Bisswunde versehen. Hände leicht zitternd. Temperatur normal. Profuse Schweisse. Guter Appetit. Patient ist ziemlich ruhig und lenksam, aber benommen und ängstlich; bisweilen von selbst klarer, kommt er jedes Mal auf Anreden zu sich. Er erzählt von Visionen, doch nicht eingehend, da ihm nicht viel fehle. Chloral $3{,}0$.

12. August. Ziemlich viel geschlafen. Beim Erwachen wieder Visionen, deren Inhalt Patient nicht mehr kennen will; ferner Gefühls- und Gehörstäuschungen (die Frau sei im Keller u. s. w.). Bisweilen grosse Unruhe. Morphiuminjection.

14. August. Seit gestern Morgen heftige Schmerzen im rechten Fusse, wo Patient von Steinchen getroffen sein will. Die Untersuchung ergibt das Podagra; die Schwellung schwindet am 17. fast ganz. Patient hört, dass man seiner Frau den Bauch aufschneide und junge Hunde hineinnähe; er selbst wird an den Geschlechtstheilen mit Drähten bearbeitet. Nächte gut.

15. August. Freie Stimmung. Patient will nicht mehr halluciniren.

17. August. Tremor schwindet. Diarrhoe.

23. August. Körperlich wohl, aber gereizt und gedrückt, meint, die Frau schäme sich seiner und wolle ihn hier lassen.

31. August. Stösst die Frau mit Vorwürfen zurück, drängt fort, hat grosses Selbstvertrauen. Ernährung nimmt nicht weiter zu.

15.—21. September. Rückfall des Podagra. Stimmung besser. Versöhnung mit der Frau.

2. October. Entlassung. Krankheitsbewusstsein und -Erinnerung gut, aber Patient verschweigt die meisten seiner Hallucinationen. Patient starb etwa ein Jahr später an Typhus oder Miliartuberculose.

Es stehen mir 18 reine Beobachtungen von acuter alcoholischer Verrücktheit zu Gebote, wenn ich einen, vielleicht mit Trauma complicirten Fall der allzu kurzen Beobachtungszeit wegen nicht berücksichtige. Sie betreffen lauter Männer und zwar nur 13 verschiedene, da 5 derselben zweimal aufgenommen wurden. Eine ähnlich erkrankte Frau trat erst nach meinem Abgang in's Irrenhaus ein.

Für Beruf, Civilstand und Alter verweise ich auf Tabelle III und IV.

Die alcoholische Verrücktheit scheint vorwiegend besser unterrichtete und geistig beschäftigte Männer zu treffen, als das Delirium tremens, das z. B. Erdarbeiter, Handwerker u. s. w. ergreift.

Die meisten Männer sind ledig und jung, zwischen 25 und 35 Jahren; über 50 Jahre zählte nur ein Kranker, den ich 2 Mal sah, und der schon oft gestört gewesen war. Ich versuchte, das Alter beim Ausbruch der ersten bekannten Psychose zu bestimmen. Von 10 Patienten, bei denen es gelang, war der Jüngste damals 20, der Aelteste 43 Jahre alt. Deren Durchschnittsalter (Summe der Altersjahre dividirt durch die Zahl der Kranken) stellte sich auf 30,4 Jahre. 11 Patienten befanden sich bei meiner Beobachtung zum ersten Mal im Irrenhause, 7 zum wiederholten; einer wurde z. B. zum 4. und 5. Mal aufgenommen, ein anderer gar zum 6. Mal. Aber nur 8 waren auch zum ersten Mal gestört, die 10 andern kamen also in Rückfällen. Nur ausnahmsweise dauerte die Psychose vor der Aufnahme schon länger als eine Woche.

Epileptische Zufälle hatte noch kein Patient gehabt. Von unsern 13 Kranken wurde bei 7 Erblichkeit nachgewiesen und zwar in folgenden Verhältnissen: 1) Vater Potator; 2) Vater Potator und Mutter phthisisch; 3) Vater und Bruder »curios«; 4) Mutter apoplectisch, Vater und andere Glieder phthisisch, Sohn Potator; 5) Mutter apoplectisch, Schwester des Vaters geisteskrank, beim Bruder Neurose; 6) Mutter wenigstens sehr nervös, Schwestern hysterisch; 7) Bruder an Delirium tremens erkrankt. Von den 6 Andern, über welche derartige Angaben fehlen, schienen ebenfalls Einige von Jugend an zart und disponirt.

Alcoholmissbrauch haben Alle zugegeben und zwar in folgenden Formen:

Nur Wein will 1 getrunken haben;
fast nur Bier 2;
Wein, Bier und namentlich Schnaps 7;
auch Absynth 2;
auch Genièvre 1.

Ueber die Dauer der Excesse weiss ich nichts Bestimmtes, doch scheinen sie hier, unter allen alcoholischen Psychosen, am kürzesten gewesen zu sein. Neben dem Alcoholmissbrauch gaben 2 Patienten noch Schädigung durch Onanie und 1 durch geschlechtliche Excesse an. Eine Gelegenheitsursache für den Ausbruch war kaum zu finden, namentlich bei den Recidiven. 2 Mal muss man wohl einer grossen Eisenbahnreise eine gewisse Schuld beimessen, einmal auch einem Schlag auf den Kopf im Streit, endlich vielleicht auch einer Hämoptoe, wenn dieselbe nicht bloss in erbrochenem rothem Weine bestand, welchen Patient öfters zum Betrug benützt hatte. Sonst beschuldigten einige Kranke Verdruss, aber ausser gehäuften Räuschen und entsprechendem Magencatarrh wurde nichts gefunden. Der Ausbruch fand manchmal noch im Rausche statt; in keinem Falle verschuldete Abstinenz, das Aussetzen der geistigen Getränke die Störung. Im Ausdruck der Störung treten die körperlichen Symptome weit hinter die geistigen zurück. Zwar fehlen irgendwelche somatische Zeichen der Alcoholintoxication nirgends, aber sie siud schwach, undeutlich und meistens nur vorübergehend, oft im Prodromalstadium erheblicher, als während der Blüthezeit. Leider können meine Krankengeschichten gerade für die somatischen Symptome nicht als vollständig gelten, da ich manche Beobachtung nicht eingetragen habe.

Von körperlichen Krankheiten als Complicationen sah ich Phthisis incipiens bei einem Patienten, der dem Alcohol auch eine acne rosacea verdankte, und bei einem andern einen leichten Gichtanfall. Erscheinungen des chronischen Alcoholismus waren absolut nur bei 4 Kranken zu constatiren. Ihrem Alter entsprechend waren die meisten Patienten gut genährt. Relativ schlechte Ernährung und Magerkeit ist nur bei 5 angegeben, alle Andern zeigten Anlage zu Corpulenz. Der Gesichtsausdruck war belebt, meist ängstlich, nur ausnahmsweise nichtssagend und stumpf. Oft ist Blässe des Gesichts angeführt. Die gastrischen Störungen waren geringfügig, Appetit und Verdauung in der Regel befriedigend, Diarrhoe selten, belegte Zunge und Magendruck häufiger.

Organische Gefäss- und Herzkrankheiten habe ich nicht notirt, aber vasomotorische Störungen waren häufig: Herzklopfen, Congestionen, Wechseln der Gesichtsfarbe, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen und starker Schwindel. Collaps kam nie vor. Hochgradige Schweisse sah ich in 7 Fällen, sie dauerten nicht lange; vielleicht an einem Tag vorhanden, fehlten sie am nächsten. Nur ein Patient

litt daran während der Reconvalescenz, die andern bloss während der Psychose. Eine kritische Bedeutung kommt nach meinen Beobachtungen dem Schweiss nicht zu; nur die Bemerkung drängt sich auf, dass er sich eher in den schwerern Fällen zeigt, in welchen auch der Alcoholismus chronicus hervortritt. Dass im Harn kein Albumen gefunden wurde, ist nur 2 mal aufgeschrieben; in den 16 andern Krankengeschichten finde ich keine Notiz darüber, jedenfalls nirgends den Nachweis desselben.

Der phthisische Patient zeigte während längerer Zeit, auch in der psychischen Reconvalescenz, leichte Fiebererscheinungen. Ein Kranker hatte subnormale Temperaturen bei geringem Icterus catarrhalis. Sonst wurde als Maximaltemperatur ein einziges Mal 38,1° gemessen.

Das Zittern von Zunge und Händen habe ich 11 mal erwähnt und zwar als schwach und nur vorübergehend bemerklich. In einem schweren Fall mag auch das Alter Schuld sein, sonst noch entschiedene, angeborene Nervosität. Ein solcher Kranker zeichnete sich ausser durch Zittern auch aus durch hochgradigen, in beiden Körperhälften ungleichen Schweiss, namentlich der Hände, und durch unsymmetrisches Bartwachsthum. Den Tremor kann man also nicht characteristisch nennen. Zuckungen sind selten aufgeschrieben und nur in den Gesichtsmuskeln. Einseitige Schwächung der Facialisinnervation zeigte sich 7 mal von 18, immer mit entschiedener Besserung oder völligem Rückgang. Pupillendifferenzen sind 6 mal angegeben und verschwinden stets völlig, dauern überhaupt nur kurz. Andere schwere motorische Erscheinungen fehlten. Der Gang war gut, nur 2 Patienten waren schwach auf den Beinen. Alle Bewegungen wurden leicht ausgeführt, nur einmal ist Langsamkeit derselben aufgefallen, nie Krämpfe, Zähneknirschen oder Muskelstarre. Denn wo wir stuporöse Zustände beobachteten, da handelte es sich nie um reine alcoholische Formen, sondern jedesmal wurden epileptische Momente daneben nachgewiesen. Dass die Musculatur wenig betheiligt war, bewies die Seltenheit des Müdigkeitgefühls in der Reconvalescenz, das in höherm Grade nur zweimal erwähnt ist. Die Sprache war stets gut, bisweilen nur überstürzt, nie stotternd oder undeutlich.

Anästhesien und Analgesien etc. wurden, wenn geprüft wurde, vergeblich gesucht. Alle Sinne zeichneten sich durch ihre Schärfe aus. Das characteristische Uebelhören des Delirium tremens wurde hier nur in einem schweren Falle bemerkt, bei unserm ältesten Kranken. Doppeltsehen kam nicht vor. Einmal glaubte ich, Farben-

blindheit entdeckt zu haben; weil aber der Kranke verworrene, unconsequente Angaben über die Farben machte, bald alle berichtigte und auch im Recidiv keine Andeutung zeigte, so ist blosse Unaufmerksamkeit wahrscheinlich.

Es überrascht, wie gut die acut alcoholisch Verrückten schlafen oder besser, wie leicht sie auf Schlafmittel reagiren, auch wenn sie am Tag und noch mehr am Abend ängstlich erregt gewesen sind. Alle Patienten haben freilich früher oder später, meistens schon in der ersten Nacht, ein Schlafmittel erhalten (Opium, Morphium und Chloral). Nur einmal war das Mittel für eine Nacht ganz wirkungslos, bei einem andern Kranken für 3 Nächte und bei 3 für die erste Nacht wenig befriedigend. Sonst führte es sofort genügenden Schlaf herbei. Der Schlaf schloss aber die Störung nicht kritisch ab, und die Kranken hallucinirten nach wie vor; immerhin schien er von günstigem Einfluss auf den Verlauf. Nur die oben erwähnte IV. Beob. kann genannt werden, wo eine Injection von Morphium $0{,}_{05}$ den Schlaf erzwang und damit die Genesung herbeiführte. Während der Reconvalescenz, namentlich beim Aussetzen der Narcotica, war dagegen Schlafmangel nicht selten, theils wegen Phthisis, Diarrhoe, Unthätigkeit etc., theils mehr als Zeichen des chronischen Alcoholismus.

Schweres Kopfweh ist im Ganzen selten; es wird meistens nur ein mässiger Druck im Kopf angegeben. Häufiger ist Schwindel, sogar epileptoïde Erscheinungen kamen bei 2 Patienten vor. Der eine Kranke, der bei leichtem Icterus catarrhalis besonders hypochondrische Wahnvorstellungen hatte, bekam am Abend des dritten Tages nach der Aufnahme im Bade einen ächten epileptischen Anfall. Dieser schien ohne Einfluss auf das gesammte Krankheitsbild.

Der andere Kranke: VII. Beobachtung. W. Jonathan, Commis, 30jährig, ledig, hatte bei beginnender Spitzenerkrankung Hämoptoe gehabt (?) und fieberte noch längere Zeit unregelmässig (höchste Temperatur $38{,}_{9}{}^{0}$). Er trat am 19. September 1876 ein, als er sich eben auf der Polizei gegen eine vermeintliche Anklage der Kindesschänduug vertheidigt hatte. Er glaubte sich Object bürgerlicher Demonstrationen, verspottet, verurtheilt u. s. w. Er liess sich leicht beruhigen, da er mich von einem früheren Anfall her wiedererkannte. — Auf einmal er hörte stets Mutter und Schwester jammern, war aber dabei ruhig — schimpfte er kurz vor dem Nachtessen über die schlechte Wirthschaft und bedrohte 4 Leute, die zum Fenster hereinsteigen sollten. Nach 10 Minuten erkannte er sich wieder und gab dem vorhergehenden Bad Schuld an der »Uebelkeit«.

20. September. Abends im Bad wieder leichtes »Uebelsein«, aber ohne Erregung.

21. September. Beginn der Remission.

22. September. Patient ist nach guter Nacht klar.

25. September. Mässige psychische Reizbarkeit, ohne Hallucinationen; wegen schlechten Schlafes erhält Patient Opium und später Chloral.

12. October. Nach Tisch heftige Congestion zum Kopfe, etwa 10 Minuten lang Schwindel.

22. October. Früh beim Aufsitzen im Bett zum drittenmal Schwindel; dabei zum erstenmal Bewusstlosigkeit von höchstens 5 Minuten. Patient habe nach Wasser gerufen, sei blass geworden, Zuckungen wurden nicht bemerkt.

Patient litt häufig an Kopfweh und Congestionen und hochgradiger, plötzlicher Steigerung der Pulsfrequenz ohne äussern Anlass. Ausser den obenerwähnten Symptomen hatte er noch Acne und vorübergehend ein Erythem des Körpers.

Da diese Anfälle in der Anamnese absolut geleugnet wurden, nur im Verlauf der Psychos vorkamen und deren Bild oder Dauer keineswegs veränderten, so sind sie wohl nur Complicationen einer alcoholischen Störung, nicht Symptome einer epileptischen Psychose. Nur schien mir fraglich, ob nicht vielleicht die reactive Erregung des Patienten am Abend des Eintrittstages den spätern epileptischen Zufällen gleichwerthig wäre, indem Dauer und theilweise auch Zeit und Gelegenheit übereinstimmten?

Wenn es nach meinen Krankengeschichten kein bestimmtes, allgemein gültiges Symptom aus der körperlichen Sphäre gibt, so stimmen die psychischen Symptome viel besser überein.

Die wichtigsten sind die nie fehlenden Sinnestäuschungen. Auffallenderweise scheinen zwei Sinne unbetheiligt, deren Unversehrtheit bei den zahlreichen sexuellen Wahnvorstellungen überrascht: ich habe nie Hallucinationen des Geruchs oder des Geschmacks bemerkt. Es mag dies Beobachtungsfehler sein, doch erinnere ich mich auch keiner wegleitenden Nahrungsverweigerung, die sich dadurch hätte erklären lassen. Kam überhaupt welche vor, so waren Gehörshallucinationen Schuld.

Constant waren die Gehörshallucinationen, sie fehlten in keinem Falle. Die Kranken hörten Spottrufe, Warnungen, Vorwürfe, Drohungen, Urtheilssprüche, Befehle, Wehklagen von Verwandten, die Stimme Gottes, Zank und Streit u. s. w. Dann kamen in 12 Fällen

die Gesichtstäuschungen, die freilich noch etwas häufiger sein mögen. Es erscheinen Bekannte und Feinde, Geister, Leichen, Köpfe, Gestalten, auch etwa Thiere, dann Feuer und Rauch mit arbeitender Feuerwehr, Gerichtsverhandlungen und fürchterliches Köpfen und Schlachten. Entsetzliches wurde angegeben, nicht aber lüsterne Bilder, wie sie im Delirium tremens vorkommen.

In 9 Fällen wurden Gefühlstäuschungen constatirt, meist hypochondrischen Characters: Thier im Leib, heftiges Brennen und Stechen, Alpdrücken, Magnetisiren, Lähmung, Fehlen von Organen. Einmal bloss kam das Fischen von Haaren und Schlangen vor, wie im Delirium tremens, wofür wohl Auge und Gefühl verantwortlich sind.

Die Hallucinationen waren niemals erfreulich, sondern unangenehm, quälend, beängstigend, oft die denkbar grässlichsten. Vielfach sah und hörte der Kranke seine Angehörigen leiden, die Frau wurde geschunden und in ihren aufgeschnittenen Leib nähte man junge Hunde; die ganze Familie verbrannte, die Mutter rief aus ihrer Qual, die abgeschiedenen Eltern erschienen, noch im Grabe bedroht u. s. w. Auf die Beschäftigung des Patienten bezogen sie sich selten oder nie, bisweilen knüpften sie an früher Erlebtes oder auch an unmittelbar Vorangegangenes an. Beim gleichen Patienten zeigte sich in der Regel kein grosser Wechsel, sondern ziemliche Gleichförmigkeit des Inhalts.

Das Abklingen der Hallucinationen kam öfters vor; nicht immer verschwanden sie auf einmal, sondern sie wurden etwa undeutlich, verwischt, und an ihre Stelle trat im Ohr ein Singen und Pfeifen, sehr selten im Auge lästiger Rauch und Nebel, bevor der normale Zustand zurückkehrte.

Die Sinnestäuschungen halte ich vorwiegend für Hallucinationen, indem es selten gelang, eine illusionelle Grundlage zu entdecken. So veranlassten z. B. Spalten in der Wand bei einem Patienten Visionen. Damit stimmt wohl auch das seltene Vorkommen des Ausklingens, die oben erwähnte Leistungsfähigkeit der Sinnesorgane und die Beobachtung Esquirols, dass Hallucinationen, entgegen den Illusionen, selten die Beschäftigung und die Lieblingsgedanken des Kranken berühren. ([13])

Den Hallucinationen entsprachen die Wahnvorstellungen. Ich bemerkte keine Andeutung von Grössenwahn. Kein Patient gab sich für etwas Besonderes aus, vielmehr betonte S. z. B., welch' geringe Persönlichkeit er wäre, so dass nichts Interessantes zu finden wäre. Namentlich religiöser Grössenwahn fehlte ganz. Wo ein Verkehr

mit Gott angegeben wurde, und das geschah bloss zweimal, da hatte die Stimme Gottes dem Erkrankten eine Sünde vorgehalten oder ihm bestimmte Handlungen als Sühnopfer befohlen. Erst in der Reconvalescenz kam, wie bei vielen Alcoholikern, neben der moralischen Schwäche auch die optimistische Anschauung ihrer Verhältnisse und Ueberschätzung ihrer Kräfte zum Vorschein. Alle Patienten glaubten sich verfolgt, aber unschuldig und unverdient, und bestraft, aber ungerecht und unverantwortlich hart. Fast durchgängig verfolgen sie Mörder. Der Tod steht unter irgend einer Form bevor, am seltensten, dreimal, durch Vergiftung, öfters durch Erschiessen, Erschlagen u. s. w., gewöhnlich unter unsäglichen Martern. Drei fürchteten lebendig secirt, einer, verzaubert und in einen Hund verwandelt zu werden. Unter den Feinden sind die schwarzen Gestalten unseres Jahrhunderts in je einem Falle vertreten: die Zigeuner und die Freimaurer; sonst sind es Richter und Henker. So werden sechs bei der Polizei wegen Diebstahls, Brandstiftung, Mords, Nothzucht und Schwängerung von Mädchen verklagt. Das Gericht will sie bestrafen; Klage, Verhandlung, Urtheil, Alles tritt allmälig dem Patienten vor die Augen, ja er liest schliesslich das Protocoll, worin auch seine Eigenthümlichkeiten nicht vergessen sind. Ein solcher Patient läuft von selbst zu seiner Rechtfertigung auf die Polizei. Selbstanklagen fehlen, die Kranken geben höchstens geringe Fehler zu und machen sich keine Vorwürfe.

Wichtig ist, dass die Kranken meist nicht allein leiden, vielmehr sind ihre nächsten Verwandten gewöhnlich mitbetheiligt oder hauptsächlich bedroht und Manche litten gerade deswegen die grösste Angst, weil sie ihnen nicht helfen konnten. Diese Mitleidenschaft der Andern kommt auch bei den Ledigen vor, obschon natürlich leichter bei den Verheirateten. Die Beobachtung Nasse's, (14) die freilich mehr chronische Fälle betrifft, bestätigte sich auch hier: unsere Verheirateten haben mit einer Ausnahme Schweres wegen der Untreue ihrer Frauen, durch Eifersuchtswahn ausgestanden. Einer derselben klagte dabei häufig über Magnetisiren seiner Genitalien.

Bei den Ledigen fällt der Eifersuchtswahn weg, aber nicht der sexuelle Inhalt. Dem Einen fehlt der Penis, der Zweite muss sich als Onanist offenbaren, der Dritte wird als Hurenbub gebrandmarkt und Zwei wehren sich gegen Beschuldigungen, Kinder missbraucht und Mädchen geschwängert zu haben.

Ausser der erwähnten hypochondrischen Vorstellung, dass der Penis fehle, kamen manche andere vor. Dem ersten Patienten frass

ein Thier den Leib aus, dem zweiten fehlte ein Stück Lunge — nicht dem Schwindsüchtigen —, der dritte musste an Phthise sterben, weil seine Haut weiss oder flockig war, der vierte klagte ernstlich über unüberwindliche Verstopfung und andere eigenthümliche Erscheinungen. Magnetismus und Electricität spielten sehr selten mit.

Ein heiterer Zug fehlt in den Wahnvorstellungen; es sind auch kaum leichte Schädigungen, z. B. am Eigenthum, die bevorstehen, sondern die schwersten Strafen an Freiheit und Leben, oft nicht zu erzählende Greuel.

Demgemäss sind alle Patienten schwer geängstigt und gequält Die Angst drückt sich verschieden aus: einzelne Kranke sind in heftiger Erregung und Unruhe. Sie erklären verzweifelnd jedem Anwesenden, namentlich dem Arzte, ihre unverschuldeten Leiden und bitten flehend um Schutz. Die Andern, die in der Regel auch besser schlafen, halten sich still und sondern sich brütend ab, nur ihren Hallucinationen lebend. Aber ihren Zustand verrathen Ausdruck, Misstrauen, Theilnahmlosigkeit für fremdes Unglück und einzelne heftige Ausbrüche.

Die Angst führte bei drei Patienten noch ausserhalb der Anstalt zu verzweifelten Reactionen, zu gewaltthätigen Angriffen mit dem Revolver in der Hand. Zwei andere schienen auch in der Anstalt aus Furcht gefährlich, doch liessen sie sich mühelos beruhigen. Ein Patient machte endlich mit plötzlichem Anlaufe energische Fluchtversuche, wenn ihn die Stimmen überwältigten. Ein Selbstmordversuch kam nicht vor, nur ein Patient verschaffte sich einmal ein Messer, möglicherweise mit dieser Absicht. Einer war zu Hause aus dem Fenster gesprungen, diesmal zwar nicht aus Angst, sondern weil ihm der Gott der Freimaurer das Fliegen befohlen hatte. Demgemäss halte ich die acut alcoholisch Verrückten für gefährlicher, als selbst die Deliranten.

Ein Patient äusserte bisweilen humoristische Gedanken und schien etwa muthwillig und herausfordernd, aber in Wirklichkeit wurde er auch nur von Angst getrieben. Ein zweiter versuchte zu trotzen und zu prahlen, wenn ihn die vermeintlichen Feinde zu hart bedrängten, wie sich sogar homerische Helden durch beredtes Vorhalten ihrer Thaten den Muth zu stützen gedenken, der gerade zu fallen droht!

Die Aufmerksamkeit der Kranken war natürlich durch die Hallucinationen beansprucht. Trotzdem erzählten mir Alle ihre ganze Lebensgeschichte. Ihre Antworten waren geordnet und

genau; das Gedächtniss für alt und jüngst Vergangenes vorzüglich; Zeit, Ort und Personen der Umgebung kannten sie stets. Mehrere beschäftigten sich und spielten sogar Karten, obschon nie zu lange, weil es sie zu grosse Anstrengung kostete. Diesem Verhalten entsprach das Gedächtniss in der Reconvalescenz. Nur einem Genesenen, dessen Störung mehr transitorischen Character hatte, fehlte die Erinnerung an 2—3 Stunden höchster Erregung, bei allen Andern war jede Einzelheit bewahrt worden. So kam nur eine Täuschung in der Zeitangabe vor, so zwar, dass der Anstaltsaufenthalt verlängert wurde.

Das Krankheitsbewusstsein trat erst bei der Genesung auf; es zeigte sich aber nicht selten mitten in der Störung in einzelnen Lichtblicken, indem der Kranke für kurze Zeit zu sich kam und der Täuschungen bewusst wurde, namentlich wenn er sich eines ähnlichen Krankheitsfalles erinnern konnte, wobei er entsetzt erklärte, dass er sich immer neu andringender Hallucinationen nicht erwehren könnte.

Ueber Einleitung und Beginn der Störung sind die Angaben unserer Kranken vielfach oberflächlich. Es gab einige, die von einem Prodromalstadium durchaus nichts wissen wollten. Die meisten klagten aber wenigstens einige Tage, im Maximum drei Wochen vor dem Ausbruch über »Unwohlsein«. Zu diesem Unwohlsein gehörten Congestionen, Schwindel, Ohrensausen, Kopfdruck, Magencatarrh, besonders nach schweren Räuschen, Träume, unruhiger Schlaf, verstörtes Aussehen, Verstimmung, Reizbarkeit, unstetes Wesen u. s. w. Nur 2 erzählten auch von vereinzelt vorgeschobenen Hallucinationen; bei dem einen waren es seltene, warnende Stimmen, bei dem andern unangenehme Figuren, sobald er die Augen schloss.

Nur selten steigerte sich die beginnende Psychose allmälig, etwa Nacht für Nacht, so dass die erste Nacht noch traumgestörten Schlaf bot, die zweite zwar äussere Ruhe, aber keinen Schlaf, und die dritte endlich die hochgradige Aufregung brachte. Vielmehr möchte ich den plötzlichen, unvermittelten Ausbruch als typisch hervorheben; der Verfolgungswahnsinn entfaltet sich unerwartet mit der grössten Gewalt. Irgend eine Hallucination oder falsch gedeutete Empfindung ist Schuld. Auf einmal brechen die schreckhaften Hallucinationen über den Mann herein, schimpfen die Holzhauer über ihn, plötzlich sind alle Mitreisenden Feinde und unerwartet wollen sie ihn ermorden, während sonderbare Empfindungen seinen Kopf durchzucken.

Wo die Zeit der Entladung zu bestimmen war, da trat sie eben so oft am Tag und frühen Morgen, als Abends und Nachts ein. Weil die Störung schon am ersten Tag so hochgradig, sogar am grössten war, wurden unsere sämmtlichen Patienten der Anstalt schon früh zugeführt, nur einer erst im Beginn der zweiten Woche.

Der Verlauf war günstig. Bemerkenswerth sind aus der Blüthezeit die nicht seltene Steigerung aller Symptome gegen Abend und das Vorkommen von Remissionen am Tage, wobei der Kranke auf Anreden oder sonstwie momentan seinen Zustand erkennt.

Die Kranken beruhigten sich allmälig, theilweise auch rasch; die Angstausbrüche liessen nach und verloren sich; der Schlaf, der nicht direct zur Genesung überführte, wurde besser, die Hallucinationen wurden selten, schwach und klangen aus. Sowie diese verschwunden waren, war auch die psychische Klarheit und Ruhe wiedergekehrt. In der Regel wurden die Wahnvorstellungen sofort als solche erkannt, nur Wenige glaubten noch längere Zeit an die Wirklichkeit von Zänkereien, deren Lärm sie vernommen hatten. Die Erinnerung war gut.

Alle unsere acut Verrückten wurden geheilt. Ein einziger Patient, der nur vier Tage bei uns gewesen war, genas erst in den nächsten Tagen in einer zweiten Anstalt. Die andern kamen bei uns zu sich; alle in kurzer Zeit: binnen 1 Woche 7, binnen 1—2 Wochen 8, binnen 2—3 Wochen 3. Im Ganzen schienen gerade die äusserlich heftigen Formen rascher zu verlaufen, während die stillen, sich absondernden Kranken länger litten, ohne dass sich das durchgängig behaupten liesse. Die Recidive schienen kürzer, als die ersten Anfälle, vielleicht weil die Kranken früher kamen, sogar von selbst, vor dem schweren Ausbruch. So erbat einmal ein Rückfälliger noch nach Mitternacht in Todesangst seine Aufnahme; ein Anderer, unser ältester Hausfreund aus dieser Gruppe, liess sich eines Morgens früh nicht wegweisen, als er noch vernünftig schien. Er spürte schon die Krankheit in sich, hatte nach schweren Excessen eine Nacht wenig und die andere nicht geschlafen und hörte einzelne Stimmen, die er als krankhaft erkannte. In der zweiten Nacht wurde die Störung hochgradig, ging aber schon am fünften Tag zu Ende.

Der einzelne Anfall verläuft günstig, leider sind aber die Recidive häufig. Ich habe früher angegeben, dass von unsern 18 Fällen bloss 8 im ersten Krankheitsanfalle kamen und gar, dass ich in drei Jahren von 13 Kranken 5 zweimal beobachtet habe,

und diese grosse Zahl von Rückfällen hätte seitdem noch durch neue Beispiele vermehrt werden können.

Eine wichtige Frage ist die nach dem Typus des Recidivs: Ist der Rückfall dem ersten Anfall gleichartig, oder ist er verschieden, vielleicht eine höhere Entwicklungsstufe? In meinen Beobachtungen drücken sich Rückfall und erster Anfall gleich und oft sprechend gleich aus. Die Krankengeschichten führen oft dieselben psychischen Symptome wieder an, nicht nur ähnliche, sondern congruente Hallucinationen und Wahnvorstellungen. Gerade dieses unveränderte Recidiv spricht für ein specifisches Irresein, indem die gleiche Ursache die gleiche Wirkung hat. Eine Umwandlung in Delirium tremens oder in eine chronische Form habe ich nicht bemerkt, so wenig als ich vom Vorangehen dieser Formen etwas weiss. Wohl aber kenne ich Kranke, die seit langer Zeit fast jährlich die gleichen acuten Anfälle durchmachen. Ich muss allerdings angeben, dass sich gerade bei ältern, öfters rückfälligen Männern stärkere Anklänge an das Delirium tremens fanden, schärfere körperliche Symptome, schwerere Benommenheit, längere Schlaflosigkeit, eigenthümliche Sinnestäuschungen (Feuer und Rauch) und Phantasmen. Ueberhaupt möchte ich betonen, dass sich Delirium tremens und acute Verrücktheit nicht stets so scharf trennen lassen, dass es vielmehr gewisse Uebergänge gibt, so dass es mir namentlich anfangs, wie ich gerne bekenne, in einzelnen Fällen schwer wurde, zu entscheiden, ob mir das eine oder das andere vorlag. Von zwei unserer Kranken weiss ich seit der Entlassung, dass sie auswärts an intercurrenten Krankheiten gestorben sind, ebenfalls ohne nachweisbare Ausartung der Psychose in Delirium tremens.

Ueber die Dauer der Intervalle kann ich Folgendes angeben: Das kürzeste Intervall zwischen erster und zweiter Aufnahme fand sich bei unserm schwer nervösen Kranken, wo wegen grosser Excesse wenig mehr als ein Monat zwischen Austritt und Wiedereintritt mit mässiger Störung verfloss; dann bei einem andern disponirten Kranken, bei dem es 5 Monate dauerte. Beim Nächsten betrug es 1, beim Vierten 2 Jahre. Fanden mehr als zwei Aufnahmen statt, so ergaben sich folgende Zahlen: Patient E. war in der Anstalt: 1872 im April; 1874 im Mai; 1875 mit zwei Unterbrechungen vom 21. Juli bis 25. November; 1876 vom August bis October; 1877 starb er. Pat. G.: Anno 1859; 1872; 1874 im September; 1876 im August; 1878 im März (1879 im Juni). Dieser Patient soll zweimal jährlich dipsomanisch getrunken haben, in letzter Zeit auch öfter,

übrigens wurde er zu Hause behalten, so oft es nur ging. Endlich gaben noch zwei Patienten als Intervalle zwischen erster, zweiter und dritter Störung der eine 3 und 1 Jahr an, der andere etwas über 3 Jahre und dann 9 Monate. Wieder gälte also der Satz, dass die Dauer der Intervalle im umgekehrten Verhältniss stehe zur Zahl der Recidive.

Die psychische Behandlung der Patienten war keine schwierige; es gelang ziemlich leicht, ihr Vertrauen zu gewinnen; schon mühsamer hielt man sie zu einer Beschäftigung an, die ihre Aufmerksamkeit fesselte. Heftige Auftritte wurden durch blosse, persönliche Intervention unschwer vermieden. Die Therapie genügte folgenden Gesichtspunkten: Schutz des Kranken vor Schädigung durch erneuten Alcoholgenuss, Schutz des Kranken und der Umgebung vor Schädigung durch Gewaltthaten durch stetige Bewachung, Hebung der Ernährung, Beförderung der Entleerungen, Beruhigung durch Gesellschaft, Beschäftigung, lange Bäder, allenfalls Tropfbäder, Beförderung des Schlafes durch Morphium oder Chloral und bisweilen Milderung unangenehmer Sensationen durch Narcotica.

b) Die chronische alcoholische Verrücktheit.

VIII. Beobachtung. K. Ignaz, Landarbeiter, 33 Jahre alt, verheiratet. Anamnese: Mutter und Bruder derselben geisteskrank; 5 Kinder des Patienten gesund, 1 gestorben. Patient schielt seit dem Zahnen, war gesund bis auf eine Lungenentzündung, hatte nie epileptische Anfälle. Trotz hohen Plänen kam er nicht weit: als Küferlehrling begann er zu trinken und jetzt erträgt er kaum mehr ein Glas Wein, ohne verwirrt zu werden. Herbst 1877 während 14 Tagen ein sogenanntes Delirium tremens. Seitdem ist Pat. böse geworden und schlägt seine Frau, da er Vorwürfe hört. Seit 14 Tagen ist er wieder völlig wahnsinnig und droht mit Mord und Brandstiftung.

Aufgenommen 9. Juli 1878. Klein, gut gebaut, schlecht genährt, blass. Zittern der Hände, guter Gang, deutliche Sprache. Starker Strabismus convergens oft mit Pupillendifferenz, Schwächung des linken Facialis. Zunge rein, zitternd. Etwas Schweiss. Patient ist misstrauisch, erzählt aber anfangs selbst, wo es ihm fehle. Er hallucinirt und gibt auf Fragen zu, dass man ihm eben zugerufen habe: »Ges, ges, Schnapskessel, Bierfass, Judenschwabe u. s. w.«

Er findet das selbst krankhaft. Abends hört er mehr Stimmen; mässige Unruhe. Chloral 2,0.

10. Juli. Ordentlich geschlafen, sehr ängstlich, schützt namentlich seine Genitalien, antwortet ausweichend und verworren, will nicht mehr krank sein, nichts mehr von Trunk und Streitigkeiten mit Nachbarn und Behörden wissen und verkennt die Natur seiner Stimmen. Drängt fort. Farben gut unterschieden, Appetit ordentlich, Urin ohne Eiweiss, oft Zuckungen im Gesicht.

11. Juli. Weniger geschlafen. Unruhig, droht und schimpft, er sei nicht verrückt, habe nicht gestohlen und gemordet etc. Spielt sonderbar mit Steinchen.

26. Juli. Patient war seitdem still und artig. Er schlief nun ohne Chloral befriedigend, nahm aber trotz gutem Appetit an Körpergewicht noch ab. Ausser Seitenstechen angeblich keine Beschwerden. Patient sonderte sich ab und beschäftigte sich nicht, er leugnete Hallucinationen und Krankheit. Jetzt wird er wieder unruhiger und beherrscht sich nicht mehr; er zankt mit andern Kranken, die seine Leistungen kritisiren, er will heim, weil Alles zu Grunde gehe, er will sein Weib beim Besuch beohrfeigen, weil sie eine Hure sei.

5. August. Körperlich leichte Erholung und Zunahme, aber noch Kraftlosigkeit, psychisch wieder Beruhigung. Im Ganzen keine Veränderung. Muss entlassen werden.

IX. Beobachtung. W., Johann Jakob, Kaufmann, geboren 1833, geschieden. Anamnese: Vater war Potator und zeugte den Patienten im 53. Jahre, nach ihm aber von einer andern Frau noch mehrere bis jetzt gesunde Kinder. Der Kranke schielte von Jugend an, war zart und nervös und hatte schon mit acht Jahren nach mässigem Weingenuss bei einem vaterländischen Feste eine Vision. Onanie ist zugegeben. Später hat Patient viel getrunken, auch Absinthe. Desshalb nach dreijähriger Ehe 1863 Scheidung von der Frau und Entlassung aus seiner Stelle. 1865 erste Aufnahme, als »delirium potatorum«, allem Anschein nach mit Verfolgungswahn. 1867 zweite Aufnahme mit »chronischem Verfolgungswahn« und erst 1875 probeweise Entlassung.

Am 6. Januar 1877 kommt Patient selbst wieder, er schläft seit einigen Wochen schlecht, hört seit August einzelne Stimmen, die ihn hersenden und hat auch eine Vision gehabt. Als Ursache nennt er Anstrengung, nicht Trunk.

Status receptionis: Ziemlich fett. Schlechtes, gedunsenes Aussehen. Links Strabismus divergens, Erschlaffung der linken Gesichts-

hälfte, grosse Unruhe der Zunge. Zuckungen der Gesichts- und besonders Stirnmuskeln. Starker Tremor des ganzen Leibes. Rechtes Bein anfangs etwas schwächer als linkes. Sprache stotternd. Schrift langsam, aber sehr schön. Appetit gut, anfangs Diarrhoe. Schlaf gut, bisweilen Kopfweh, auch Schwindel, manche vasomotorische Störungen, Erröthen beim Sprechen u. s. w. Subjectives Wohlsein. Patient benimmt sich stets ruhig und geordnet. Intelligenz und Gedächtniss scheinen nicht geschwächt. Patient ist anfangs noch weicher Stimmung und sehr anhänglich, später aber reizbar, herrisch und egoistisch, seine Stimmung wechselt überhaupt in grossen Perioden. Er überschätzt mit unverwüstlicher Zuversicht in merkwürdigem Grade seine Person, seine Fähigkeiten und Aussichten, ist auch sehr eitel, er lebt in einem System von Verfolgungsideen, man unterdrücke ihn, vorenthalte ihm grosse Summen u. s. w. Bei geistiger Arbeit ist er schwerfällig, wenn er auch Lust hätte, kann er wegen Schwindels meist nichts leisten. Weil er durch ein Zwiegespräch zu stark angegriffen wird, zieht er schriftliche Unterredung der mündlichen vor. Krankheitsbewusstsein fehlt.

Probeweise wird Patient im Juni in vorzüglicher Laune entlassen. Nun zeigt sich wieder, dass er die leichteste Arbeit nicht vollenden kann, weil ihm jedesmal unwohl wird. Im December wird er wieder gebracht, weil er, durch Hallucinationen beeinflusst, drohend raisonnirt und wegen vermeintlicher Betrügereien Klagen einbringt.

8. December. Bedeutende Abmagerung, schlechtes, gelbes Aussehen, stark verzogenes Gesicht und Zittern. Trotzdem will sich Patient stets wohl befinden. Nur selten erzählt er, dass er bisweilen Stimmen höre, von Schwindel befallen werde oder Druck auf der Brust, so dass er fast ersticke. Bei einer solchen Beklemmung habe man ihn einst zu erstechen gedroht. Pat. bekommt einen mässigen Kropf, schwitzt viel, ist für Kälte empfindlicher, als früher. Er hat hypochondrische Gedanken an Herz- und Leberverfettung; gibt man ihm einmal reine Milch, so will man ihn absichtlich zu Tode mästen. Grössen- und Verfolgungswahn sind stärker als je; nun sind auch die Aerzte seine Feinde. Die Stimmung wechselt wieder periodisch, das Gemüth ist mehr abgestumpft, das Gedächtniss doch geschwächt, indem es die Thatsachen gewaltig umgestaltet. Patient will Alles vorausgesehen haben. — Patient ist noch in der Anstalt.

Diese letzte Beobachtung ist der einzige Fall von chronischer alcoholischer Verrücktheit mit Grössenwahn, den ich gesehen; die

übrigen glichen der ersten Beobachtung ohne Grössenwahn. Im Ganzen habe ich überhaupt nur 6 Fälle gesehen, während anderswo die chronische Verrücktheit viel häufiger ist, als die acute. Diese chronische Verrücktheit ist der Verfolgungswahn der Trinker, welchen nach Nasse die Hallucinationen besonders von Gehör und Gesicht kennzeichnen, die Schwächung des intellectuellen und Gemüthslebens, der Eifersuchtswahn, häufig ein gesteigertes Selbstgefühl bis zur Umwandlung der Persönlichkeit und religiöse Exaltation mit Unterdrückung der depressiven Stimmung, daneben Atherose und Lähmungserscheinungen in den Gesichtsmuskeln und endlich chronischer, ungünstiger Verlauf.

Wieder stehen mir nur Männer zur Verfügung. Bei einer Frau fand sich allerdings auf breiter alcoholischer Grundlage ein Verfolgungs- und Eifersuchtswahn mit Umwandlung des Gedächtnisses und Verlust des moralischen Gefühls, wobei sich die Kranke trotz dem liederlichen Leben für sehr fromm hielt. Aber obschon auch genug körperliche Symptome vorhanden waren, so spielten zu viele geerbte hysterische Momente mit, als dass die Form für rein alcoholisch gelten könnte.

Zwei Kranke gehören zu den Bureauarbeitern; ledig waren nur zwei. Das Alter beim Beginn war ein höheres, als bei der acuten Verrücktheit, indem drei Patienten zwischen 31 und 35, zwei zwischen 36 und 45 Jahren alt waren. Das Durchschnittsalter wäre 33,5 Jahre. Bis auf einen sah ich alle in erster Aufnahme. Drei scheinen schon früher vorübergehend gestört gewesen zu sein; wie, liess die ungenügende Erzählung nicht unterscheiden, Delirium tremens war jedesmal unwahrscheinlich. Die Dauer der Erkrankung vor der Aufnahme betrug Monate bis manche Jahre. Epilepsie war bei keinem Kranken vorgekommen. Eine Beeinflussung durch Vererbung ist in drei Fällen möglich: Bei einem Patienten war der Vater Potator; beim zweiten die Mutter und deren Bruder geisteskrank; beim dritten ein Bruder geisteskrank. Auch hier ist nervöse Anlage öfters wahrscheinlich; ich erinnere nur an das Schielen von jung an, an gewisse Charactereigenthümlichkeiten.

Als Getränk wurde diesmal durchgängig gewöhnlicher oder stärkerer Schnaps angegeben, einmal Absinthe, sonst viel und starker Wein. Ueber die Dauer des Missbrauchs fehlen befriedigende Angaben; das höhere Alter gestattet aber gewiss einen Schluss auf längere Dauer desselben. Von Bedeutung scheint bei einem Patienten auch Onanie.

Eine Gelegenheitsursache lässt sich wieder nicht nachweisen; einmal mag ein Magencatarrh zum Vergiftungswahn geführt haben; von einem andern Patienten wird Erkältung beschuldigt, sonst bezeichnender Weise die Ehezwistigkeiten, wie sie bei Trinkern vorkommen.

Die körperlichen Symptome waren die der Alcoholintoxication, nur hochgradiger und dauerhafter als bei der acuten Verrücktheit. Der Alcoholismus chronicus war in vier Fällen deutlich ausgeprägt. Die Ernährung lag immer darnieder, hob sich aber in der Anstalt; die Gesichtsfarbe war veränderlich, der Gesichtsausdruck meist befangen und misstrauisch. Bei zwei Patienten bestand ein leichter, fieberhafter Magencatarrh, sonst waren Verdauungsstörungen vorhanden, aber von wenig Belang. Wieder sind Störungen der Gefässinnervation häufig; starke Schweisse dagegen selten. Albuminurie wurde nicht bemerkt; leichte Fiebererscheinungen nur bei den obigen Kranken. Der Tremor ist stets angeführt, oft hochgradig, deutlichere Zuckungen im Gesicht dreimal. Facialisdifferenzen sind dreimal, Pupillenungleichheit viermal aufgeschrieben. Von Wichtigkeit erschien mir bei wenigstens drei Kranken ein hochgradiges Schwächegefühl, namentlich in den Beinen. Erscheinungen wie Contracturen und Muskelstarre fehlten. Die Sprache hatte bisweilen gelitten (Stottern). Doppeltsehen ist einmal, Farbenblindheit nie aufgefallen. Der Schlaf ist bei drei Kranken als schlecht bezeichnet. Kopfweh und Schwindel sind häufig, und bei einem Patienten kommt im Verlauf ein epileptoïder Anfall vor und zwar wieder im Bad!

Hallucinationen sind durchgängig nachgewiesen. Constant und am auffälligsten sind wieder die Gehörstäuschungen. Die Stimmen kommen von aussen, von bekannten oder unbekannten Leuten her oder auch aus dem Leibe heraus. Sie klingen nur beim letzten Kranken manchmal angenehm, aber doch warnend, bei allen andern sind sie nur schreckhaft. Die Kranken werden ausgefragt, beschimpft, bedroht, verklagt, die Frau ruft, Geister sprechen u. s. w. Visionen wurden in zwei Fällen sicher bemerkt, sind aber in den meisten andern Fällen als wahrscheinlich angegeben. Gefühlstäuschungen hypochondrischen Characters waren häufiger, eigenthümliche Beklemmungen der Brust, Empfindungen in den Geschlechtstheilen u. s. w.

Endlich lässt sich noch ein Vergiftungswahn wohl durch eine Geschmackstäuschung erklären, indem ein gastrischer Catarrh vorlag.

Die Wahnvorstellungen beziehen sich bei den Verheirateten auf die Frau, indem diese untreu ist oder misshandelt wird. Den Wahn eines Verkehrs mit Gott bemerkte ich nie; ein Patient hatte mit dem Satan zu schaffen, während ihn Geister aushorchten. Die Verrückten fürchten Misshandlung, Entmannung, ungerechte Verfolgung, Bestrafung, Tod, Vermögensverlust u. s. w. Sie leiden unter hypochondrischen Vorstellungen, heiterer Wahn fehlt. Nur eben bei einem Patienten findet sich neben Verfolgungswahn Grössenwahn und damit eine oft gehobene Stimmung. Alle andern sind in Angst und Sorge, selten und vorübergehend bricht sich eine humoristische Stimmung Bahn. Sie sind misstrauisch, sondern sich ab und brüten stumpf vor sich hin. Trotz Drohungen sind ausser Ohrfeigen keine Gewaltacte vorgekommen; nicht selten zwingen Hallucinationen den Kranken zu eigenthümlichen, geheimnissvollen Bewegungen und Handlungen. Ein Krankheitsbewusstsein fehlt, kommt aber doch in einzelnen Pausen zum Vorschein.

Die geistigen Fähigkeiten haben entschieden etwas eingebüsst, das Gedächtniss hat abgenommen oder betrügt den Kranken, indem es Erlebtes ummodelt. Intelligenz und Willenskraft sind geschwächt und die Patienten keiner Leistung fähig.

Soweit ich die Prodrome kenne, bestanden sie in den gewöhnlichen Symptomen der Alcoholvergiftung, namentlich in Magencatarrh und nächtlicher Angst und Unruhe, nur zogen sie sich länger hinaus, als bei der acuten Form Der Ausbruch erfolgte plötzlich, oder die Psychose entwickelte sich nach und nach durch Steigerung der Hallucinationen. In wenigstens drei Fällen wurden kurzdauernde Wahnsinnszustände als Vorläufer des von uns beobachteten Irreseins beschrieben, wonach die Kranken gebessert oder angeblich frei gewesen wären. Eine blosse Remission scheint mir aber wahrscheinlicher und in einem Fall ist sie sicher. Aus der Anamnese lässt sich nicht behaupten, dass der vorangegangene Wahnsinn Delirium tremens gewesen sei, wie dies oberflächlich jedesmal angegeben wurde. Einmal lässt es sich mit Gewissheit ausschliessen.

Die einmal entwickelte Geisteskrankheit scheint stille zu stehen; unsere Beobachtungszeit ist zwar bei den Meisten zu kurz, aber bei dem Einen dauerte die Psychose doch 6, beim Andern gar 12 Jahre in wesentlich unverändertem Zustande. Wann bei unserm Kranken der Grössenwahn aufgetreten ist, ob von Anfang an oder erst später, wie überall angegeben wird, weiss ich nicht. Eine Heilung kenne

ich nicht, dagegen Besserung und namentlich Besserung im körperlichen Befinden.

Bei einem Kranken scheint ein Uebergang aus der acuten Form vorzuliegen.

X. Beobachtung. Die Störung brach etwa zwei Wochen vor der Aufnahme plötzlich aus nach Kopfweh und fieberhaftem Magencatarrh. Patient hatte schon öfters kurze Anfälle von »Säuferwahnsinn« durchgemacht, den letzten ein Jahr zuvor. Seitdem wäre er frei, aber stiller, verändert gewesen. Dieser Kranke wurde nach zwei Monaten in bedeutend gebessertem Zustande entlassen, die wichtigen körperlichen Erscheinungen waren geschwunden, psychisch eine Erfrischung des ganzen Wesens ersichtlich, nur verloren sich gewisse Wahnvorstellungen betreffend Verleumdung und Vergiftung durch den frühern Meister nicht.

Während ich für die Umwandlung des Delirium tremens in die chronische alcoholische Verrücktheit keine Anhaltspunkte finde, machen es mir diese Beobachtungen wahrscheinlich genug, dass die Entwicklung der chronischen Verrücktheit aus der acuten Form vorkommt. Wir kennen zwar Fälle von acutem Wahnsinn, wo der Rückfall bis in's Alter und zum Tod der ersten Störung gleichartig blieb und sich somit eine Aehnlichkeit mit einer periodischen Störung offenbarte, und kennen Fälle von chronischer Verrücktheit, deren Ausbruch kein vorübergehender Wahnsinn vorangegangen ist. Aber die innere Verwandtschaft der beiden Formen lehrt die ganze Betrachtung. Wir haben bei der chronischen Verrücktheit dieselben Symptome gefunden, wie bei der acuten, die gleichen körperlichen Erscheinungen, die nämlichen Hallucinationen und Wahnvorstellungen. Die Kranken beider Gruppen stehen im kräftigsten Alter, für beide gilt, was Magnan ([16]) so hervorhebt, eine gewisse Anlage zu Geisteskrankheit, wenn auch Erblichkeit nicht nachgewiesen ist: öfters schielen die Kranken von Kind an, vielfach sind sie als zart und nervös geschildert, mehrmals als eigenthümlich und scheu, andere hegen überschwängliche Pläne u. s. w. Aber der Ausdruck der chronischen Verrücktheit ist viel schärfer, als der der acuten. Körperliche und geistige Erscheinungen sind an Zahl, Stärke und Dauer schwerer (Alcoholismus chronicus, Abnahme der geistigen Fähigkeiten, Grössenwahn). Dies, die lange Dauer, der ungünstige Verlauf (und das seltenere Vorkommen?) stempeln die chronische Form zur höher entwickelten. Damit stimmt das etwas höhere Alter der chronisch Verrückten, der schwerere Alcohol-

missbrauch (überall Schnaps) und, wenn man mit dem höhern Alter auch die Vorstellung des längern Genusses verbinden darf, die längere Alcoholwirkung. Ich wiederhole aber, dass ich keinen chronisch Verrückten kenne, der sich von seinen ersten Anfällen völlig erholt hätte, bei dem also eine Heilung, nicht bloss eine Besserung anzunehmen wäre.

III. Das Delirium tremens.

Dem Delirium tremens ist eine tiefe Bewusstseinsstörung mit traumhaften Phantasmen von ängstlichem oder heiterem wechselndem Character neben zahlreichen Sinnestäuschungen eigenthümlich. Die körperlichen Symptome der Alcoholvergiftung sind schwer. Das Delirium bricht selten unvermittelt aus, läuft binnen 4—5 Tagen ab und endet gewöhnlich günstig.

XI. Beobachtung. G., Johann, Locomotivführer, 57 Jahre alt. Jüngstes von 23 Kindern eines Vaters und dreier Frauen. Mutter hysterisch. Patient hat 8 Kinder, eine Tochter ist hysterisch. Ausser Intermittens und Magenleiden keine Krankheit, nie Epilepsie. Seit langer Zeit Trunk von Bier, aber auch Wein und Schnaps. In der letzten Zeit war Patient jeden Tag betrunken. Seit 4 Wochen Appetitlosigkeit, Kopfweh, unruhige Nächte, seit 8 Tagen Husten, seit 4 Tagen Bettlägerigkeit wegen Unwohlseins und Schwäche. Am letzten Abend Ausbruch des Deliriums; Patient sah und hörte Allerlei und machte Nachts viel Arbeit; heute ist er ruhiger, muss aber doch am Abend gebracht werden.

Aufnahme am 6. December 1877. Patient macht wegen eines angeblichen Diebstahls grossen Lärm, seine Aufmerksamkeit ist kaum zu fesseln; er hört nicht gut, hallucinirt und spricht fortwährend, er komme gerne, nur müsse er gleich wieder fort. Der geschwätzige Kranke ist überall erfahren und weiss Alles mit Gründen besser. Er wundert sich über manche Erscheinung und ärgert sich über Dummheit und Anmassung der Leute. Er droht mit Ohrfeigen und gerichtlichen Strafen. Während er mit seiner eigenen Kraft prahlt, fährt er oft ängstlich zusammen. Er fürchtet einmal den Tod, bisweilen die Polizei, meistens Bestrafung im Dienst, den man ihn zu erfüllen verhindert, doch nicht nachhaltig und der Humor hat die Oberhand. Patient erzählt possirliche Münchhausiaden. Er täuscht

sich vollkommen über Zustand, Ort und Zeit. Fünf Minuten im Bad werden zur halben Stunde; er wohnt im Bahnhof, fährt auf der Locomotive, lebt bei der Arbeit. Später beobachtet er mehr die reichhaltigen, wechselnden Scenen, die er erlebt, denn wunderbare Phantasiebilder reihen sich aneinander. Patient hat lebhafte Sinnestäuschungen: Stimmen (Vorwürfe, Gespräche, Pfeifen und Rasseln von Eisenbahnen), Visionen (roth und weisse Gestalten, Wasserstrahlen, Wagen, schöne Sachen, »Curiositäten«) und Gefühlstäuschungen (er sieht und fühlt und schüttelt von einer Hand in die andere ein zerbrochenes Rappenstück, das er mit Gold löthen muss). Interessant ist die Verwerthung einer Geruchsempfindung: Patient war nach Senna unreinlich gewesen, nun entsteigen mit Gestank sämmtliche Ratten der Stadt einer geborstenen Dohle und rücken im Gänsemarsch gegen ihn heran, weil ja der Riss zu klein war! Geschlechtliche Anspielungen sind häufig; schon das Messen der Temperatur ist unanständig und ein Barbiergeschäft, das Verlangen nach dem Urin ist ein Vergehen gegen die Sittlichkeit und wird gerichtlich bestraft. In der Ecke liegt ein Mädchen, das sich entblösst und die Polizei fahndet nach dem Kranken, weil er »einen Uterus ruinirt habe«. Bei allen Drohungen ist Patient harmlos und leicht zu behandeln.

Grosser Mann, breiter Thorax, mehr Fett als Muskeln, dunkelrothes Gesicht, Kupfernase. Keine Asymmetrie im Gesicht. Zunge rein, zitternd. Bedeutender Tremor der Hände und unsicherer Gang, leichter Schweiss, Temperatur anscheinend normal, Puls circa 80, regelmässig.

Kurzes Tropfbad, Wein, Isolirung.

7. December. Immer aufgestanden, unruhig und laut; am Tag weniger lärmend; Abends psychische Erlahmung Hand in Hand mit körperlicher Erschöpfung, namentlich Schwächung des Pulses. Geringer Schweiss. Patient hat viel gegessen, auf Senna mehrere Stühle gehabt; das Abendbad hebt den Puls alsbald. Auf Wein und Chloral 3,0 sofort Schlaf.

8. December. Bis zum späten Morgen Schlaf. In der Frühstückspause ist Patient noch duslig, Mittags ganz bei sich. Er weiss das Meiste aus seinen Delirien, schätzt aber die Zeit viel zu lang. Grosse Schwäche, namentlich in den Beinen, und Schmerzen, besonders in den Oberschenkeln. Keine Albuminurie. Geringer Tremor. Auch Abends keine Illusionen mehr; aber die Augen brennen, das Licht umgibt ein grosser Hof. Patient hört links schlecht, als Locomotivführer, während die Heizer rechts nichts hören sollen.

9. December. Mit Chloral gut geschlafen. Vergnügte, dankbare Stimmung. Kein Chloral mehr.

10. December. Patient ist bei Allem, z. B. beim Kartenspiel, noch langsam. Moralische Schwächung. Meint, Schnaps könne nicht Schuld sein.

12. December. Leibweh, Diarrhoe. Jede körperliche Beschäftigung greift den Reconvalescenten stark an.

17. December. Bronchialcatarrh. Sausen im linken Ohr. Schwindel, grosse Schwäche, besonders in den Kniegelenken, steht nicht auf einem Bein; auch das sollen alle Locomotivführer gemein haben. Erinnerung an Ausbruch und Verlauf des Deliriums ziemlich gut.

18. December. Entlassung.

Ich habe 65 Beobachtungen von Delirium tremens vor mir, 60 von Männern, 5 von Frauen.

Bevor dieselben zu verwerthen sind, ist eine Sonderung nach gewissen Gesichtspunkten unerlässlich. In der That unterscheidet sich das Delirium tremens, das beim einfachen Aussetzen des gewohnten Getränkes z. B. in der Haft entsteht, bedeutend von einem andern, das durch eine Lungenentzündung, eine schwere Wunde veranlasst wird, wenn auch nicht so sehr im Ausdruck, als in Dauer und Ausgang. Man trennt also mit Recht ein durch schwere Krankheiten complicirtes Delirium tremens von einem einfachen ab.

Dieses uncomplicirte Delirium theilt nun Magnan wieder in das fieberlose und in das fieberhafte ab. (17)

Das fieberlose Delirium sei die gewöhnliche, leichte Form, die den Namen des »delirium tremens« gar nicht mehr verdiene, und die Magnan desswegen nur »délire alcoolique« nennt. Ich glaube freilich, dass Magnan damit etwas zu weit geht, seitdem einmal Sutton gerade wegen der Fieberlosigkeit das Delirium tremens von der alten Phrenitis abgelöst hat. (18)

Bei der zweiten Form bestehe hohes, durch keine Complication zu erklärendes Fieber, daneben Zuckungen und Stösse in der Musculatur, denn die physischen Störungen seien erschwert, während die psychischen kaum heftiger seien als beim délire alcoolique. Nur diese Form sei das wahre Delirium tremens, sie allein sei gefährlich, sogar gewöhnlich tödtlich.

Magnan erwähnt 7 Fälle. Fürstner (19) hat ähnliche gesehen und betont das öftere Zusammentreffen mit epileptischen Anfällen. Gegenüber unzähligen Beobachtungen der einfachen Form weiss

Magnan also nur von 7 fieberhaften Störungen. Von diesen 7 gehören 2 nicht dazu.

Schon in der XV. Beobachtung ([20]) könnte das Fieber auch mit den schweren Wunden zusammenhangen, die der Kranke vor der ersten Messung bekommen hat. In der XVIII. Beobachtung ([21]) aber, einer fremden, ist des Fiebers gar nicht gedacht und es möchte scheinen, als ob nur der tödtliche Ausgang die Classification bestimmt hätte. In der XX. ([22]) endlich dauert das Fieber 16 Tage und überlebt das Delirium um volle 12 Tage, so dass es nicht Symptom eines Deliriums, sondern nur einer körperlichen Erkrankung sein kann. Dieser Patient ist auch genesen.

Ich glaube nun nicht an einen principiellen Unterschied zwischen fieberhaftem Delirium tremens und fieberlosem, sondern ich halte das erste nur für einen höheren und gefährlicheren Grad. Ich möchte dagegen zur weitern Abtheilung des Delirium tremens ausser den schweren fieberhaften Krankheiten noch eine andere Complication benützen: den einleitenden epileptischen Anfall. Für dieses Delirium tremens nach (alcoholischer) Epilepsie gilt die Gefährlichkeit, der schwere Ausdruck der körperlichen Störungen, das häufige Vorkommen von Fieber und Muskelstössen und Albuminurie, die Magnan für das fieberhafte beansprucht.

Demnach unterscheide ich:

a. Das einfache Delirium tremens.
b. Das Delirium tremens nach einem epileptischen Anfall.
c. Das durch schwere fieberhafte Krankheiten und Wunden complicirte Delirium tremens.

Von meinen 65 Beobachtungen gehören zur ersten Abtheilung 35 Männer und 5 Frauen, zur zweiten 17 Männer und zur dritten 8 Männer. Zur Aufnahme in die letzte Abtheilung schien mir nur eine durch längeres Fieber anhaltend und sichtlich schwächende Complication zu berechtigen, nicht aber eine nur vorübergehend wirkende Gelegenheitsursache, wie eine unbedeutende, primär und fieberlos heilende Wunde, Nasenbluten, Rippenbruch; also ein Mal Rheumatismus articulorum acutus, drei Mal Pneumonia crouposa, vier Mal Pleuritis und Phthisis pulmonum. Zwei Erysipele kann ich nicht dahin zählen, weil sie, wenn sie überhaupt bestanden, chronisch und längst abgelaufen waren.

a. Das einfache Delirium tremens.

Die 40 Krankengeschichten des einfachen Delirium tremens (35 M., 5 W.) vertheilen sich auf 33 Männer und 4 Weiber, indem 2 M. und 1 W. zwei Mal beobachtet worden sind.

Die Tabelle III zeigt eine geringe Betheiligung der Bureauarbeiter und ein gewaltiges Hervortreten der Erdarbeiter, Wirthe, Hausirer u. s. w., kurz derjenigen Individuen, in deren Händen die Schnapsflasche nach hiesigem Brauch namentlich Morgens unvermeidlich ist. Sie ergibt nur noch 6 Ledige gegenüber 31 Verheirateten und Verwittweten. Nach Tab. IV sind 19 Patienten 36—45 Jahre alt, 12 jünger, 9 älter. Der jüngste Patient zählt nicht ganz 20 Jahre, der älteste 58. In 34 Fällen wurde mir das Alter beim ersten Anfall von Delirium bekannt, das Minimum war das obige, das Maximum 57 Jahre. Das Durchschnittsalter beim ersten Anfall ist im Ganzen 39,3 Jahre und zwar für die 3 Frauen 44,0, für die 31 Männer nur 38,8! Die erste Aufnahme war es bei 29 M., 4 W., eine wiederholte bei 6 M., 1 W. (im Maximum die sechste!) Das erste Delirium war es bei 21 M., 3 W. Ein wiederholtes bei 14 M., 2 W. Von den Patienten kamen einige schon in voller Remission zur Aufnahme. Als ich den Ausbruch von acuter alcoholischer Verrücktheit und Delirium tremens nach den Monaten zusammenstellte, ergaben sich keine Schlüsse daraus.

Von einzelnen epileptischen Anfällen aus früherer Zeit erfuhr ich Sicheres bei 4 Männern, von welchen nur einer noch nie delirirt hatte; bei einem fünften waren solche noch wenigstens wahrscheinlich. Kein Anfall ging, meines Wissens wenigstens, dem Delirium unmittelbar voran.

Von den 33 M. und 4 W. gaben 14 M. und 2 W. keine Erblichkeitsverhältnisse an; bei den andern 19 M. und 2 W. ergab sich:

Vererbung	Geisteskrankheit		Nervenkrankheit (Apoplexie)		Trunksucht u. alcohol. Störungen	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.
Direct von Vater	1	—	1	—	3	—
» » Mutter	—	—	3	—	1	1
» » beiden Seiten	1	—	2	—	1	—
Indirect von Eltern und Geschwistern des Vaters	—	—	—	—	1	—
Absteigend auf Kinder des Kranken	1	—	—	—	—	—
Gleichstehend auf Geschwister des Kranken und ihre Kinder	1	—	1	1	2	—
Summe	4	—	7	1	8	1

Von Wichtigkeit scheinen namentlich Apoplexien und Trunksucht. Erbliche Anlage äusserte sich in angeborener Nervosität und bei einem Kranken in Enuresis nocturna, wie bei allen seinen Geschwistern. Bei Andern waren erworbene Dispositionen da, z. B. durch einen Hufschlag an die Schläfe. Vielfach wird eine Schwächung der Constitution durch Typhus, Gelenkrheumatismus u. s. w. angegeben, bei einer Frau mag auch das Climacterium einen Einfluss haben.

Zwei Patienten, die in der Jugend Absinthe getrunken hatten, wollen später nur noch Bier und Wein gebraucht haben. Ausser diesen hat keiner Absinthe getrunken, aber alle Schnaps; die meisten den gewöhnlichen Schnaps, vier daneben auch Rhum, mehrere verdünnten Spiritus. Die Angaben über die Dauer des Missbrauchs sind wieder ungenügend; jedenfalls hat keiner unserer Deliranten weniger als ein Jahr dem Schnaps gefröhnt! Manche unserer Patienten geben bereitwillig langjährigen, aber mässigen Genuss von Wein und Schnaps zu, indem sie behaupten, sich nie damit betrunken zu haben. Ich bekenne aber, dass ich gegen derartige Angaben Vorsicht gelernt habe, seitdem mir die Berichte der Angehörigen und Bekannten gezeigt haben, wie weit die Begriffe dieser Trinker von »Mässigkeit« und »Nüchternheit« gewesen.

Ausser der Schädigung durch Alcohol kam einmal eine chronische Bleivergiftung in Frage und bei einem Patienten eine Beeinträchtigung durch Tabak, durch Arbeit in einer Tabakfabrike. Von Onanie finde ich keine Angabe, von sexuellen Ausschweifungen nur wenige.

Als Gelegenheitsursache ist zu betrachten:

Blutverlust 4 Mal (Radialisverletzung, Hämoptoe, Nasenbluten, Fall im Rausch),
Jodanstrich 1 Mal,
Rippenbruch? 1 Mal,
Chron. Erysipel 2 Mal,
Haft 11 Mal (Entzug des Schnapses).

Für die übrigen 21 Fälle ergab sich nichts als vermehrte Excesse, mit Magencatarrh und andern Beschwerden des chronischen Alcoholismus. Für die 11 aus dem Arrest uns überlieferten Kranken ist nicht allein der Entzug des Schnapses zu berücksichtigen, sondern neben der Verkürzung der Kost auch der Umstand, dass diese Individuen unmittelbar vor dem Antreten der Haft im Trinken gerade Aussergewöhnliches geleistet haben. Dagegen kommt bei den

oben angeführten Gelegenheitsursachen meistens noch die Entziehung des Schnapses im Spital in Betracht.

Complicationen durch Epilepsie und fieberhafte Krankheiten habe ich bei dieser Gruppe, wie oben gesagt, ausgeschlossen. Alcoholismus chronicus war wenigstens bei drei dieser Kranken sicher nicht vorhanden.

Der Ernährungszustand war nur bei vier Patienten ordentlich, sonst ist Magerkeit und gedunsene Fettleibigkeit gleich oft angegeben; sehr häufig ist das senium præcox. Der frühzeitige Verfall der Alcoholiker, das Zittern, die Schwäche, der Kahlkopf sind altbekannt, man schätzt sie desshalb meist um zehn Jahre zu hoch. Das Gesicht ist vielfach ganz ausdruckslos, oft, lange nicht immer, geröthet, die Conjunctiven injicirt, die Hautgefässe erweitert. Ein paar Mal sah ich schwere Furunkel. Als characteristisch möchte ich die zahlreichen Beulen und Schürfungen bezeichnen; man kann sie sich wie die Rippenbrüche der Paralytiker einmal durch die rücksichtslose Beschädigung des benommenen Kranken, andrerseits durch krankhafte scorbutische Disposition erklären. Ein leichter Fall von Scorbut kam wirklich vor. Die Störungen des Appetits und der Verdauung sind constant. Fast jedesmal treffen wir belegte Zunge, Magencatarrh, Druck und Schmerz im Epigastrium und Diarrhoe, nur einmal Verstopfung. Zweimal ist Icterus mit Leberschwellung aufgeschrieben. Während der Störung fallen diese Symptome freilich weniger auf, als in der Reconvalescenz, denn dort isst der Kranke häufig viel, wenn man ihn anhält, doch nur weil er nicht weiss, was er thut.

Bronchialcatarrh ist häufig. Herzhypertrophie und beginnende Entartung, sowie Varices und Arterienatherom sind ziemlich oft bemerkt. Bedenkliche Pulsbeschleunigung auf 120, sogar 160 Schläge ohne Fieber, Schwäche und Aussetzen desselben sind wenigstens 12 Mal angeführt. Tropfbäder stärkten und beruhigten die Herzthätigkeit meist in hohem Grade. Schweiss habe ich in wenigen Fällen als schwach, sogar ausdrücklich als fehlend angegeben; sonst ist er fast stets stark.

Im Urin habe ich 3 Mal Eiweiss gefunden, 19 Mal nicht, 18 Mal ist keine Bemerkung da. Das Eiweiss verlor sich bei einem Patienten erst vor dem Austritt, bei den andern vor der Genesung. Nur ein Patient hatte neben der Albuminurie auch Fieber.

Ueber Fiebererscheinungen finde ich 12 Mal keine bestimmte Angabe, 19 Mal sind sie verneint, 9 Mal angeführt; es wurden

Temperaturen von 39 °, sogar 39,7 ° gemessen. Ich bin der Ueberzeugung, dass messbare Temperatursteigerungen im Delirium tremens viel häufiger sind, als ich gefunden und allgemein angenommen worden ist. Für's Erste war meine Methode schlecht, kein Patient wurde im After gemessen, so dass auch die Fehlerquellen des Schweisses und der Unruhe nicht vermieden wurden. Dann aber zeigte sich bei denen, welche Temperatursteigerungen hatten, ein rascher Abfall, so dass wir zwar am ersten Abend 38,9 ° bemerkten, am zweiten aber vielleicht nur 38,2 ° oder kein Fieber mehr; zwei Tage überdauerte das Fieber bei uns niemals. Hätten wir erst am zweiten Tag gemessen, so würden wir unter 8 Fällen 5 Mal nichts gefunden haben; in mehreren Fällen haben wir auch wirklich zu spät gemessen, indem die Temperatursteigerung noch ausserhalb der Anstalt verschwunden war. Eine Ursache des Fiebers kenne ich nicht. Wollen wir nicht chronischen Magen- und Bronchialcatarrhen Schuld geben, so müssen wir dasselbe wohl als Symptom des Deliriums selbst auffassen. Damit würde die Steigerung desselben mit der Erschwerung der Form und das Ersterben desselben vor, höchstens zugleich mit dem Delirium stimmen.

Das Zittern von Zunge, Lippen, Fingern etc. fehlt nie und ist oft recht heftig; Zuckungen der Gesichtsmuskeln habe ich 10 Mal ausdrücklich angeführt, jenes Schütteln und Stossen der Muskeln und Glieder, das Magnan beschreibt, habe ich einige Mal mit gutem Ausgang in geringerem Grade gesehen. Am stärksten war es freilich beim Sterbenden, der manchmal förmlich aufgeschüttelt wurde. Fieber hatte dieser Kranke nicht.

Unterschiede in der Innervation des Gesichts und der Pupillen habe ich in der Hälfte der Fälle angegeben; kam Strabismus vor, so schien er freilich alt zu sein. Bemerkenswerth sind die weiten und starren Pupillen, wie sie auch im Rausch vorkommen.

Der Gang der Deliranten ist schwankend, sehr oft ist ein Bein schwächer als das andere; alle Bewegungen sind unsicher, will ein Kranker z. B. Suppe essen, so schiesst er mit dem zitternden Löffel darüber hinaus. Steigerung des Patellarreflexes habe ich mehrmals bemerkt, Fehlen desselben nur einmal. Die Sprache ist zwar manchmal überstürzt, gewöhnlich aber stottert und stolpert der Delirant beim Sprechen, bis ihm die Stimme vor Heiserkeit versagt. Die motorischen Störungen werden namentlich gegen den Schluss des Deliriums hin schwer, weil der Kranke erlahmt und ermattet, dann kann er oft vor Erschöpfung nicht mehr stehen.

Halbseitige Schwächung der Sensibilität kenne ich nur bei einem Kranken; quälende Hyperästhesien der Unterschenkel, wie sie M. Huss beschreibt, bei zweien. Schlechte Schmerz- und Tastempfindung ist wohl die Regel. Doch während der Eine von einem Panaritium nichts bemerkt, spüren Andere Nadelstiche empfindlich.

Für die Sinnesapparate gilt Schwächung und Abstumpfung als Regel. Wir treffen Uebelhörigkeit (Ohrensausen in der Reconvalescenz) Abstumpfung des Geschmacks, mangelhafte Sehschärfe, (Nebel, Höfe um das Licht etc.) als constante Erscheinung. Eine grosse Schuld tragen die Catarrhe von Rachen, Mund, Conjunctiven und andere namentlich am Auge sichtbare Erscheinungen: Veränderung der Circulation, Secretion, Accommodation, das Zittern der Augenmuskeln etc. Doppeltsehen ist einigemal speciell angeführt. Interessante Scheinbewegungen gab ein Reconvalescent an, der in frühern Zeiten auch alcoholisch-epileptische Anfälle gehabt hatte. Am ersten und zweiten Tage der Reconvalescenz von einem schweren Delirium mit langsamer Remission erzählte derselbe nämlich, dass zeitweilig die Bäume um ihn herumtanzten, als ob er auf der Eisenbahn wäre. Farbenblindheit traf ich nur einmal; sie verschwand gänzlich:

XII. Beobachtung. Der Patient P., ein 27jähriger Lump aus liederlicher Familie, der vorübergehend in einer Tabakfabrike gearbeitet hatte und auch Raucher war, machte ein dreitägiges, aber erregtes Delirium durch. Die Visionen waren die gewöhnlichen: Brände, Silbersterne, Mädchen, Blutstropfen am Arm etc., sie hörten vor den Stimmen auf. Am ersten Tag der Reconvalescenz klagte der Mann über Nebel und Schwäche der Augen, indem sich beim Lesen die Buchstaben verdoppelten und überhüpften, »wahrscheinlich, weil er zu viel in's Feuer geschaut hätte«. Am folgenden Tage fiel Rothgrünblindheit auf; nach zwei Tagen verging diese mit dem Nebel völlig. Patient hatte diese Erscheinung noch nie an sich beobachtet. Man darf hier vielleicht dem Tabak eine gewisse Schuld beimessen, wie er auch zu unsern gewöhnlichen Alcoholintoxicationen gewiss mehr beiträgt als wir glauben.

Es schliefen ohne ein Mittel schon 8 Kranke die erste Nacht in der Anstalt und 5 die zweite; bei allen andern wurde der Schlaf durch Mittel, besonders Chloral, erzwungen und zwar in der ersten Nacht bei 7; in der zweiten Nacht bei 13; in der dritten bei 4 und in der vierten bei 2 Kranken. Im Schlaf habe ich einigemal lebhafte Zuckungen einzelner Glieder beobachtet. Kam es zum festen Schlaf, so war die Macht des Deliriums gebrochen, sein Ein-

tritt bezeichnete also die Genesung. Ueber drei Nächte hinaus dauerte die Schlaflosigkeit in der Anstalt nie.

Schwindel fehlte nicht oft, und noch häufiger wurde Kopfweh angegeben, dieses natürlich erst in der Reconvalescenz, als Nachwehe des Deliriums oder Zeichen des chronischen Alcoholismus. Aber auch im Delirium fehlten die Andeutungen nicht, mancher Kranke klagte z. B. über Schläge auf den Kopf, über Kugeln in der Stirne, und durch Schwindelgefühle möchte ich oft die Scheinbewegungen, das Andringen fremder Massen, das Auswachsen von Gestalten, das Reisen und Fahren erklären. Aehnlich schwindelt uns im Rausch, wenn das Bett sich zu drehen beginnt.

Epileptische Zufälle sind auch im Verlauf des einfachen Deliriums tremens nicht beobachtet worden.

Die Sinnestäuschungen des Delirium tremens sind von der grössten Mannigfaltigkeit und kommen in allen Sinnen vor. Selten sind sie für Geruch und Geschmack. Beim Geruch habe ich nur einmal eine grundlose Klage über Gestank bemerkt, das zweitemal dürfte die Ursache nahe genug gelegen haben, um jede Täuschung auszuschliessen. Auch für den Geschmack habe ich nur zwei Beobachtungen eingetragen, beide unangenehmer Natur, obwohl ich viel öfters Patienten gesehen zu haben meine, die Wasser als Wein und Chloral als Schnaps tranken.

Gehör und Gesicht sind ausnahmslos betheiligt. Die Deliranten hörten Drohungen, Vorwürfe, Neckereien, Anklagen, Befehle, also schreckhafte, aber auch häufig wohlklingende, angenehme Stimmen, z. B. Musik und Vogelgesang. Die früher als typisch bezeichneten Visionen von Thieren und besonders kleinen Thieren kann ich wirklich nur selten in Abrede stellen, sie scheinen also bei uns häufiger als in der Charité. Wir finden vom Floh bis zum Pferd die verschiedenen Thierarten vertreten. Ausser den Thieren sind Teufel und Engel und Menschengestalten häufig, namentlich Soldaten und gar Mädchen, sonst sah Mancher Russ oder Schneeflocken, Nebel, farbige Flecke, Wasserstrahlen, dann Fastnachts- und Theateraufzüge, Kriegsvorstellungen, nächtliche Orgien, ganz besonders oft Feuererscheinungen.

Gefühlstäuschungen habe ich neunmal nicht notirt, möchte sie aber kaum zweimal ganz ausschliessen. Die Kranken fühlten Geld, Brosamen, Haare in den Händen, die ihnen häufig zerrannen, sie nahmen Cigarrenstückchen aus dem Munde, zogen sich Fetzen aus der Haut, sie spürten Misshandlungen, Stiche, Hundebisse, wurden an

den Beinen gepackt, am Leib überfahren, magnetisirt und electrisirt oder von scharfen Pulvern und Ungeziefer gebissen. Einer sprach auch von einer Ueberschwemmung, weil er zu spüren wähnte, dass er mit dem Leibe in's kalte Wasser käme.

Den geschlechtlichen Beziehungen ist auch im Delirium tremens eine grosse Rolle zugetheilt; schlüpfrige Worte und Bilder, Anklagen wegen unzüchtiger Handlungen sind keineswegs selten, sogar Bedrohung mit Päderastie kommt vor. Das religiöse Moment schwindet gänzlich, nur eine Frau unterhält sich mit der Mutter Gottes. Hexen und Freimaurer spielen wieder mit. Betonen möchte ich auch die Behauptungen des Deliranten, als ob er Arbeit leiste, oder daran gehindert werde, das Vorkommeu von Wirthshausscenen und die Vorwürfe wegen Trunksucht. Mancher tritt z. B. mit den Worten an: »Ich bin gewiss nicht betrunken!«

Die Sinnestäuschungen, namentlich die anfänglichen, einleitenden halte ich vielfach nur für Illusionen. Einmal beobachten wir oft den Anlass einer Illusion; wir erkennen, dass sich die Vision mit dem Wechsel der Beleuchtung ändert, dass ein Kranker ein Wort als einen Ruf auffasst, dass ein anderer zwei Geldstücke in der Hand zu halten glaubt, sobald man ihm ein einziges Stück auf zwei Finger legt, und wieder ein anderer in einen Abgrund am Ende seines Bettes zu rutschen wähnt, so oft sich bei seiner Unruhe und Körpergrösse die Füsse abdecken.

Dann geben uns die intelligenten Kranken selbst an, was sie getäuscht hat. Ein glänzender Knopf wird zum Feuer, der Schimmer des Schlüssellochs zur Gestalt, das Geräusch fallender Wassertropfen zur Drohung, der Schmerz einer Beule zum Hundebiss, Beklemmung bei Bronchialcatarrh zum Wasserandrang. Warum die Kranken sich täuschen, das erklären die mangelhafte Function der Sinnesorgane und die hohe Bewusstseinsstörung wohl zur Genüge!

Hier bewährt sich die classische Beobachtung Esquirol's ([23]), dass die Illusionen den Character der Gedanken und Bestrebungen annehmen, welche beim Kranken vorherrschen: der Geschäftige wird zur Arbeit gerufen, der Student wegen seiner letzten Mensur verspottet, der Lüsterne sieht seine Lieblingsbilder, den Unreinlichen beissen die Wanzen. Im nämlichen Fleck der Wand sieht der Metzger die Kette und den Schlitten, mit dem er geschlachtete Thiere aufzuziehen gewohnt ist, und der Kutscher Wagen und Pferd. In der nämlichen Backsteinzeichnung des Ofens erkennen

die verschiedenen Patienten Gitterwerke mit heitern oder schreckhaften Figuren, Vögeln, Mädchen u. s. w., je nach ihrer Phantasie.

An diese Illusionen knüpfen sich allerdings mannigfaltige Hallucinationen und Phantasmen in den verschiedenartigsten Combinationen an. Die sorgfältige Detailausführung der Bilder bei genauerer Betrachtung und die Combination der verschiedenen Sinnestäuschungen scheinen für das Delirium characteristisch: Ein Ankömmling betrachtet z. B. die Bilder an der Wand, auf einmal beginnen die Figuren zu tanzen und er hört die Musik aufspielen; oder ein Patient liegt vergnügt im Bett und studirt das Licht, das hoch oben im Fenstergitter spielt, er glaubt einen Baum zu erkennen, ein schöner Vogel sitzt darauf, er putzt sich und dreht sich und bald singt er wunderlieblich. Aber ein Zweiter hüpft zu ihm, ein Dritter, ein ganzer Flug, alle schönfarbig, und nun klingt herrlicher Gesang vielstimmig herunter. Häufig wird Feuer gesehen, dann das brennende Haus, die arbeitende Mannschaft und dazu Pfeife und Commando gehört. Namentlich innig vereinigen sich Gesichts- und Gefühlstäuschungen, vielleicht weil wir uns selten auf das Gefühl allein verlassen. Der Delirant sieht die Läuse herunterfallen, die er auf dem Kopf spürt, er fühlt und sieht das Geld, das ihm in den Fingern wie Quecksilber zerrinnt, oder das er mir mit allem Ernste in die Hand drückt.

Als allgemeinen Character der Täuschungen hat man Verschiedenes angegeben: die Vielfältigkeit, die Menge, den Wechsel, die Bewegung u. s. w. Am constantesten scheint mir noch die Bewegung und Veränderlichkeit der Bilder. Dass das Unangenehme und Schreckhafte nicht nothwendig ist, hat man längst erkannt. Dieser Character gälte noch am ehesten für das Gefühl, schon weniger für das Gehör und kaum für das Gesicht. Am meisten fiel mir aber immer das Curiose, das Wunderliche auf. Die Patienten sehen das sonderbarste Zeug: Menschen, die sich an Drähten vom Dach herunterlassen; eine Familie, die im Hemd auf einen Baum steigt, Aepfel bricht und dazu Schneeballen wirft; der Kranke begreift nicht, woher so viele Leute kommen mögen; er lacht, dass so Manche zu einem leichten Geschäft nöthig sind; er staunt und ärgert sich, dass das Essen, das man ihm entgegenbringt, jedesmal so geheimnissvoll verschwindet, wenn er danach greift; es überrascht ihn, wie Kleines auswächst und Grosses spurlos an ihm vorbeidringt.

Die Phantasie des Deliranten ist vor Allem thätig; er lebt wie in einem Traume; Erscheinungen ziehen an ihm vorüber, Phantasiebilder umgaukeln ihn, er sieht märchenhafte Scenen, Wunder reiht sich an Wunder, ein Ereigniss drängt das andere. Aber die Erscheinungen gehen an ihm vorüber, sie laufen »draussen« ab; er steht ihnen fremd gegenüber, als Zuschauer, der seine Ansichten und Urtheile darüber abzugeben hat. Freilich wird der Beobachter auch mehr oder weniger ergriffen, aber nicht nachhaltig. Seine Stimmung wechselt und richtet sich nach jedem neuen Eindrucke. So soll ein Delirant wegen eines Verbrechens bestraft werden, auf einmal handelt es sich nur noch um ein Arbeitsversäumniss und dazwischen sieht derselbe lustige Spiele und spottet über dumme Fragen. Er täuscht sich vollständig über Ort, Zeit, eigenes Thun und Leiden; er ist auf der Reise, im Geschäft, und fünf Minuten, nachdem er selbst richtig 10 Uhr abgelesen hat, ist es 4 Uhr etc. Darum bringt es die Natur des Deliriums mit sich, dass wir von Wahnvorstellungen nicht reden dürfen.

In der Hälfte meiner Fälle ist als Grundstimmung eine ängstliche angegeben; aber wir wissen schon, dass die Angst nicht so intensiv ist, und dass sie leicht durch heitere und muthwillige Gedanken verdrängt wird. In acht Fällen überragt bedeutend Zufriedenheit und Heiterkeit. In andern kommen die Patienten nicht aus dem Staunen und der Verwunderung heraus und die letzten Kranken konnte ich nur mit Benommenen oder Betrunkenen vergleichen.

Danach richtete sich das äussere Verhalten der Deliranten: der Aengstliche rannte verzweifelt umher, der Pressirte klopfte an die Thüren, die Vergnügten lachten friedlich vor sich hin u. s. w.

Auffallenderweise kam keine Gewaltthat vor; mit geringem Geschick liess sich Jeder leicht behandeln. Nur vor der Aufnahme hatte ein Patient Vorübergehende mit dem Messer angegriffen, und ein Anderer einen unschädlichen Selbstmordversuch gemacht.

Wenigstens einige Tage, in der Regel einige, höchstens 4—5 Wochen vor dem Ausbruch des Delirium tremens klagten unsere Trinker über verschiedene Beschwerden und Symptome der Alcoholwirkung: Morgenerbrechen, Magencatarrh, Unruhe etc., namentlich Schwäche und Zittern; sie waren verstimmt und tranken womöglich noch mehr, um sich einzuschläfern. Nur Wenige bekamen, hauptsächlich Nachts, auch schon einzelne Sinnestäuschungen, die Meisten hatten ängstliche Träume.

Auf dem Boden dieses Unwohlseins brach nun das Delirium

nicht unerwartet aus, sondern es entwickelte sich nach und nach, vorwiegend in nächtlicher Steigerung; die Träume gingen in's Delirium über. Wo der Ausbruch des Deliriums zu erkennen war, da fiel er auf Abend und Nacht. Der Tag brachte bisweilen eine solche Remission, dass der Kranke sogar der Arbeit nachgehen wollte. Deutlich wurde diese allmälige Entwicklung, wo wir die Gelegenheitsursache vor Augen hatten, die Radialisverletzung, die Verhaftung. Erst in der zweiten bis dritten, spätestens in der vierten Nacht ist das Delirium ausgebildet. In der ersten Nacht schläft der Verhaftete noch seinen Rausch aus; am ersten Tag ist ihm übel. In der zweiten Nacht träumt ihm viel, so dass er schwatzt und auch aufsteht. Am zweiten Tag ist er geschwätzig. Abends bemerkt man Sinnestäuschungen und Nachts bricht das aufgeregte Delirium los.

Ueber den weitern Verlauf habe ich wenig zu sagen. Bekannt sind die abendliche Steigerung und die Intermissionen im Delirium, die Möglichkeit, den Kranken durch Anreden für kurze Zeit zu sich zu bringen. Typisch ist diese Remission beim Eintritt in die Anstalt. Der Schlaf bezeichnet die Genesung. Der Kranke verfällt demselben nicht unerwartet, sondern er durchläuft ein Stadium schwerer Erschöpfung und Erlahmung, dessen Erscheinungen bisweilen höchst bedenklich sind, kurz bevor der Schlaf eintritt. Beim Aufwachen delirirte von unsern Kranken keiner mehr, sie waren meist auch frei von Sinnestäuschungen, vielleicht noch duslig, sonst aber klar. Dagegen brach bei einer Frau in der Reconvalescenz nach einem leichten und kurzen Delirium, offenbar wegen der Menses, ein kurzes Recidiv aus. Während in den meisten Fällen die Benommenheit mit den Sinnestäuschungen verschwand oder aber diese überdauerte, so überlebten in Ausnahmen gerade die Illusionen das Delirium; so hörte ein Kranker noch Stimmen, als er schon drei Tage völlig bei sich war.

In der Reconvalescenz treten wieder die chronischen Erscheinungen des Alcoholismus hervor, die gestörte Verdauung, der schlechte Schlaf u. s. w., vermehrt durch die Folgen des Deliriums, die Schwäche, die Ermüdung, die Schmerzen aller Regionen, besonders der Oberschenkel, die Störungen der Sinnesorgane (Ohrensausen, Nebel etc.) u. s. w., die in einigen Tagen bis Wochen zurückgehen und sich einigermassen nach Dauer und Höhe des Deliriums richten. Auch die chronischen Beschwerden nahmen vor dem Austritt aus der Anstalt ab oder schwanden gänzlich, und das Körpergewicht hob sich jedesmal glänzend.

Die Erinnerung an die Erlebnisse des Deliriums war immer eine traumhafte. Bei leichten Graden war sie wohl gut zu nennen; in schwerern Fällen aber war sie meistens schlecht, bisweilen sogar gleich null, indem sich der Genesene nur noch auf den Ausbruch der Krankheit besinnen konnte und für den spätern Verlauf jede Andeutung verloren hatte. Doch auch denjenigen, welche sich an jede Einzelheit erinnerten, fehlte der Zusammenhang, und es gelang ihnen erst nach und nach, mehr zusammenzuknüpfen und aufzuhellen; diese fanden die Veranlassungen ihrer Täuschungen von selbst heraus. Was am ersten Noth litt, war das Zeitgedächtniss; wir haben gesehen, wie der Delirant fünf Minuten zu einer halben Stunde ausdehnt. So glaubt er später, acht Tage statt zwei hier gewesen zu sein, wenn er alle andern Umstände genau kennt. Hierin berichtigten sich die Genesenden auch am schwersten, während sie sonst die wahre Natur ihrer falschen Eindrücke leicht und rasch erkannten, obschon Manches aus Mangel an Anhaltspunkten stets dunkel blieb. Bei einigem Nachdenken besserte sich das Gedächtniss in der Regel während der ersten Tage der Reconvalescenz, bisweilen blieb es aber so schlecht, wie am ersten Tage; nur bei einem Kranken sollen von den Erinnerungen dieses ersten Tages der Genesung später noch welche verloren gegangen sein; aber der Verdacht der Verheimlichung lag bei diesem Manne, einem Untersuchungsgefangenen, nahe.

Die dankerfüllte, weiche Stimmung der Genesenen, mit Selbstanklagen wegen des eigenen Jammers, wich schon bald einer mehr unzufriedenen, empfindlichen Gereiztheit. Die Leute wollten vom Trinken und der schweren Folgestörung wenig mehr wissen und drängten nach Entlassung, voll Zuversicht und schöner Pläne.

Bis auf einen sind alle Kranken mit einfachem Delirium tremens genesen:

XIII. Beobachtung. Sch., ein schwerer Trinker, erregte von Anfang an wegen eines grossen Kropfes Bedenken. Zu Hause hatte er mehrere Erstickungsanfälle gehabt; bei uns war er fortwährend in Erregung und Angst wegen geschlechtlicher Vergehen, Vergewaltigung etc. Grosse Athemnoth. Temperatur 37,4. Puls 134. Urin eiweissfrei. Beine ödematös, Schweiss. Heftiges Zittern und Schütteln in Stössen. Lässt unter sich. Collabirt plötzlich am Ende der zweiten Nacht seines Deliriums. (Kein Chloral.)

Die Section, durch Herrn Professor Roth gemacht, ergab ausser den Erscheinungen des chronischen Alcoholismus in Hirn, Herz,

Leber etc.: »Starken Cystenkropf mit hämorrhagischem Inhalt und Compression von Kehlkopf und Luftröhre, Oedem der Rachenschleimhaut, leichtes Glottisödem, Lungenödem«.

Die andern Patienten genasen. Die Dauer des Deliriums war bei 3 M. und 2 W. nicht zu bestimmen.

Bei den Andern betrug sie: 2 Tage bei 4 M., 1 W. (1 M. gestorben).

3	»	»	10	»	2 »
4	»	»	9	»	
5	»	»	6	»	
6	»	»	3	»	

Darüber hinaus ging sie in keinem sichern Fall; die durchschnittliche Dauer wäre etwa 4 Tage. Ich suchte von dem Zeitpunkt an zu rechnen, in welchem die Illusionen vom benommenen Patienten verkannt wurden und zur Aufregung führten. Unter den länger dauernden Formen schienen sich zwar die schwereren Fälle von Alcoholismus chronicus zu sammeln, doch befand sich gerade unser jüngster Kranker unter den sechstägigen!

Wie sich die Dauer der Recidive zu der des ersten Anfalls verhält, weiss ich nicht, da ich nur wenige Patienten selbst zweimal beobachtet habe. Aber wieder fällt, oft dem Patienten selbst, die typische Wiederholung der Erscheinungen des ersten Anfalls auf.

Die Recidive sind seltener als bei der alcoholischen Verrücktheit; unter 40 Fällen waren nur 7 wiederholte Aufnahmen, doch 16 wiederholte Störungen. Die Intervalle scheinen viel länger, zwar vergehen auch hier bisweilen zwischen erstem und zweitem Delirium bloss einige Monate. Die Abstände verkürzen sich wieder bei spätern Anfällen.

Die Therapie war stets vorsichtig. Im ersten Jahre wurde noch Morphium gegeben, bisweilen neben Chloral, später fast nur Chloral. 3,0 wurde nie überstiegen (pro die). Bald wurde aber nach den Grundsätzen, die auch Fürstner ([24]) vertritt, Chloral überhaupt nur angewandt, wenn Aussicht auf Erfolg da war. Sonst erhielten die Patienten Laxantien, fast durchgängig Wein, und Alle Bäder, wenn möglich Tropfbäder, da diese die Herzthätigkeit gewöhnlich heben. Wo es ging, blieb der Patient im Bett; Anfangs hatten wir etwa noch versucht, den Tobenden mit Gewalt im Bett halten zu lassen; wir liessen ihn aber bald ohne Schaden frei, obschon eine Polsterzelle nicht besteht. Er blieb natürlich unter ständiger Bewachung. Es ist vielleicht am Platze, hier zu erwähnen, dass wir Fesselung und Zwangsjacke nicht kennen. Das Einzige, was allenfalls als

Zwangsmittel könnte angesehen werden, wäre die feuchte Einwickelung, die wir hier auch versucht haben. Dieselbe ist aber nur denkbar bei schwachen, an sich schon ruhigen Deliranten. Nachts wurde jeder Kranke — unter Bewachung — isolirt, am Tag aber mancher bei seinen Kameraden gelassen.

b) Das Delirium tremens nach einem epileptischen Anfall.

Als zweite Gruppe habe ich das Delirium tremens hervorgehoben, das durch einen epileptischen Anfall eingeleitet wird. Ich besitze 17 Krankengeschichten, nur von Männern; zwei derselben habe ich zwei Mal gesehen.

Unter den Berufsarten treffen wir wieder die gewöhnlichen Schnapstrinker; ein Drittel ist ledig. Das Alter der einzelnen Kranken ist etwas höher, als das der einfachen Deliranten; sowohl das Maximum, als das Minimum und das Durchschnittsalter.

Zum ersten Mal wurden 14 Patienten aufgenommen, zum ersten Mal delirirten 12. Von den 5 Rückfälligen haben 3 sicher und 2 wahrscheinlich schon bei den frühern Delirien epileptische Anfälle gehabt.

Das Delirium wurde in 16 Fällen sicher von einem epileptischen Anfall eingeleitet, das letzte Mal sehr wahrscheinlich; dieser letzte Patient starb in einem Anfall und die Anamnese war ungenügend. Ausser ihm hatten noch zwei im Verlauf Anfälle. Der einleitende epileptische Insult war bei 8 Kranken wahrscheinlich der erste in ihrem Leben, bei den 9 andern waren solche, auch ohne Delirium tremens, schon als Ausdruck des chronischen Alcoholismus vorgekommen.

Für Erblichkeit habe ich 5 verneinende und 10 bejahende Angaben; also etwas mehr, als für das einfache Delirium.

Folgendes waren die Angaben:

Apoplexie der Mutter	1.	Trunksucht des Vaters	2.
Agoraphobie bei Grossvater		» der Mutter	2.
und Bruder	1.	» » Brüder	2.
Geisteskrankheit des Bruders	1.		
Epilepsie der Tochter	1.		

Ein Patient zeichnete sich durch Agoraphobie aus und zwar weniger, seitdem er mehr trank. Ein Mann mit unbekannter Erblichkeit war beschränkt und hatte nie schreiben und lesen lernen.

Die Kranken beschuldigen wieder Schwächung der Constitution durch schwere Krankheiten.

Bier und besonders weisser Wein wurden regelmässig getrunken, ebenso Schnaps, bisweilen angeblich zwar nur als Morgenschnäpschen, einmal dagegen bis zu 1 ½ Liter im Tag. Absinthe, der in Basel überhaupt kaum getrunken wird, gab nur Einer zu.

Auch chronische Bleivergiftung wird wieder einmal angegeben.

Weil der epileptische Anfall das Delirium einleitet, doch so, dass ein Zustand von Collaps und Benommenheit nachfolgt, bevor Sinnestäuschungen und Delirium auftreten, halte ich ihn meist für die Gelegenheitsursache des Deliriums und Symptom des Alcoholismus chronicus. Dies gilt besonders, wenn er unerwartet auftritt und keine andere Gelegenheitsursache aufzufinden ist. Aber abgesehen von den complicirenden epileptischen Insulten während des Verlaufes, ist doch vielleicht der einleitende Anfall nicht stets als Veranlassung des Deliriums aufzufassen, sondern mehr als Complication desselben, z. B. wenn ein Trinker verwundet wird, nach kurzer Abstinenz im Spital einen schweren Anfall bekommt und bald darauf delirirt.

Als weitere Gelegenheitsursache wurde einmal Hämoptoë angegeben, wenn diese Blutung nicht vielmehr gerade von einer Verletzung im Fallen herrührte; sonst je einmal kurze Abstinenz bei Thürmung und bei Magencatarrh, beides nach besonders schweren Excessen. (Bei dem letzten Patienten eben kam es bald nachher bei einer Verletzung in der chirurgischen Abtheilung wieder zu einem epileptischen Insult und neuen Delirium.) Ausserdem war nur anhaltender Rausch, Magencatarrh und Diarrhoe zu beschuldigen.

Wirkt der epileptische Insult an sich schon hinlänglich schwächend, so ruft er bisweilen noch gefährlichen Complicationen. So verschuldete er in fünf Fällen schwere Blutverluste. Zweimal glaubten die Angehörigen sogar an einen Blutsturz, wo wir nur eine Verletzung im Fallen mit Blutverlust annahmen, weil die Erzählung als Erstes das Umfallen ergab und erst als Zweites das Bluten und die Bewusstlosigkeit. Ein Patient, der schon oft epileptische Anfälle gehabt hatte, wurde auf dem Gesicht im Blut liegend gefunden, er hatte sich in den tannenen Fussboden eingebissen. Beim Losreissen blieb ihm ein Stück dieses Fussbodens im Munde, aber der Alveolarrand des Unterkiefers brach! Die Section ergab eine frische Bronchopneumonie, die wohl nur als secundäre zu deuten war. Der vierte Fall kam mit schwerer Zungenphlegmone, Epiglottisödem und

ebenfalls secundärer Bronchopneumonie zu uns. Der fünfte Patient hatte sich beim Fallen einfach im Gesicht verletzt.

Wie diese mit Blutstürzen, so wurden andere Anfälle mit urämischen verwechselt, wofür freilich ausser dem rasch verschwindenden, starken Eiweissgehalt des Urins nichts stimmte.

Ausser Magencatarrh, Bronchitis u. dgl. kamen keine weitern Complicationen vor. Ein Kranker war eines Rückenmarksleidens verdächtig. Dieser genas. Alle Patienten litten an chronischem Alcoholismus.

Ein Drittel unserer Patienten war schwächlich und schlecht genährt, zwei Drittel fett, gedunsen, anämisch; einige schienen dabei ungemein kräftig. Wieder ist Furunculose und einmal zahlreiche Petechien angeführt. Bei vielen bewiesen noch Zungenbisse und Beulen den epileptischen Anfall.

Es war nicht zu verkennen, wie viel schwerer die körperlichen Symptome jedesmal bei diesen Kranken waren, als bei den einfachen Deliranten und nun gilt, was Magnan von seinen fieberhaften Fällen sagt: Die geringe Veränderung der psychischen, die schwere Verstärkung der körperlichen Erscheinungen. Ich darf das weniger Auffallende rasch übergehen: Icterus schien häufiger und heftiger; die Circulationsstörungen waren schwerer, ich bemerkte öfters Stasen, Cyanose des Gesichts; der Schweiss war bedeutend stärker; die Pupillen vielleicht öfter starr und weit.

Albuminurie habe ich in 6 Fällen gefunden, nur einmal ohne Fiebererscheinung. Von diesen 6 Kranken ist einer mit 42 ° gestorben, die andern sind genesen und haben ihr Eiweiss binnen drei, höchstens vier Tagen, alle vor dem Ausgang des Deliriums, spurlos verloren ausser einem, dessen Urin sich bis zum Austrittstage von Zeit zu Zeit wieder trübte. Eiweiss habe ich nicht gefunden bei 4 Genesenden; für 7 Patienten, von denen 4 gestorben sind, besitze ich keine Angaben.

Ein Kranker hatte subnormale Temperaturen, 4 normale; von diesen 4 ist einer gestorben, aber in der Agone nicht gemessen worden, 2 moribunde Patienten wurden nicht gemessen und für einen dritten Kranken finde ich keine Bemerkung. Die andern 9 zeigten Temperatursteigerungen bis 39 °; 39,5 °. 2 dieser 9 sind gestorben, der eine mit secundärer Bronchopneumonie, während die Section des letzten das Fieber nicht erklärte. Sollte eine kurze, feuchte Einwicklung mit gewaltigem Schweiss etwas zu einer Steigerung binnen 10 Stunden von 37,5 ° beim Eintritt auf 42 ° beim Sterben beigetragen haben?

Wieder zeigte sich der rasche Abfall des Fiebers; die meisten Patienten fieberten nur am ersten Abend, einer noch am vierten; bei einem Patienten, der erst bei uns anfing zu deliriren, ergab die Messung am Abend des epileptischen Anfalls 38,9 °; am zweiten Abend 37,4 °, dann 37,9 °, am vierten 39,5 ° und vom fünften an normales Verhältniss. Nur bei einem schweren Fall von Alcoholismus chronicus überdauerten unregelmässige Temperaturen von 38 bis 38,3 ° das Delirium um manchen Tag, viel niedriger, als während desselben.

Im Delirium tremens nach Epilepsie finden wir also häufiger als im einfachen Delirium Temperatursteigerung und Albuminurie: Fieber bei 9 von 14 bekannten Fällen gegenüber 9 von 28; Albumen bei 6 von 10 Untersuchungen gegenüber 3 von 22! Nach der Angabe von Fürstner ([25]) richtet sich der Eiweissgehalt nach der Intensität des Deliriums, er fand ihn in der Charité, vorübergehend, bei 40 % seiner Deliranten. Dort erleiden aber auch nach Westphal 30 % der Aufgenommenen vor dem Delirium und weitere 30 % während desselben einen epileptischen Anfall! ([26])

Die motorischen Erscheinungen sind bedeutend verschlimmert. Bei allen Kranken ist wenigstens starkes Zittern erwähnt, das auch in der Reconvalescenz hartnäckig ist, und hier habe ich in mindestens 6 Fällen jene Zuckungen aufgezeichnet, von denen Magnan spricht, jenes Schütteln, jene klonischen Convulsionen einzelner oder mehrerer Muskelgruppen. Aber auch tonische Krämpfe sind zweimal notirt, einmal Erstarrung einzelner Muskelgruppen, das andere Mal förmlicher Opisthotonus. Der Kranke lag so steif in seinem Bett, dass von Aufrichten keine Rede war. Dreimal habe ich auch schweres Zähneknirschen beobachtet. Bei dieser Form fällt, namentlich gegen den Schluss des Deliriums, die Lähmung der Zunge auf, so dass es kaum noch zum unverständlichen Lallen kommt. Diese Patienten verfallen grosser Schwäche und Unbehilflichkeit, so dass sie sich nicht einmal mehr im Bett umdrehen können. Um so mehr überrascht dann die Genesung, denn trotz jenem Schütteln genasen zwei Kranke und auch das Zähneknirschen kam in zwei günstigen Fällen vor. Die Genesung wird freilich schwer und langsam erkauft. Sprache und Gang sind noch lange mühsam, Schmerzen und Schwäche, Kopfweh und Schwindel gross. Einem Kranken blieb längere Zeit eine Ulnarislähmung zurück. Ein Reconvalescent klagte über unausstehliches Hautjucken und Kitzel; im Delirium hatte er stets Jemand neben sich im Bett gefühlt.

Ohne Chloral schliefen schon 3 Patienten sofort und 1 die nächste Nacht. Mit Chloral schliefen in der ersten Nacht 2; in der zweiten 3, in der dritten 2, in der vierten nach der Aufnahme 1. Ausser dem einleitenden epileptischen Anfall sah ich dreimal solche innerhalb des Deliriums, keinen in der Reconvalescenz. 1 Patient bekam am Abend des dritten oder vierten Tages 2 Anfälle und genas später; 2 andere starben in epileptiformen Krämpfen.

Die Sinnestäuschungen sind die des einfachen Delirium tremens. Vom Geruch kenne ich keine; vom Geschmack nur die Verwechslung von Bitterwasser und Schnaps; die Gefühlstäuschungen scheinen allgemeiner und prägnanter. Fast stets finden wir Kautabak und abgebrochene Zähne im Mund, Feuerschlucken, Blutrinnen, schmelzendes, zerbrochenes Geld u. s. w. Der Inhalt ist derselbe; sogar die Furcht vor Untreue der Frau und Päderastie kommt vor. Einer unserer Kranken wollte einmal einen Angriff machen, sonst war keiner gewaltthätig, viele eben einfach zu schwach dazu. Die Stimmung war in diesen Fällen weniger oft ängstlich, als im einfachen Delirium tremens. Ich finde oft die Bemerkung: Wenig Angst, Humor, heitere Zufriedenheit, Staunen und Verwunderung oder nur Unzufriedenheit wegen Zurückhaltens u. s. w. Vielleicht hängt das mit der grössern Benommenheit zusammen, hier sind auch die Remissionen seltener und schwerer zu erhalten, nicht einmal bei der Aufnahme kommt jeder Kranke zu sich! Die Erinnerung an die Krankheitserlebnisse ist in der Reconvalescenz selten ordentlich, sondern mehr oder weniger schlecht. Das Gedächtniss bessert sich nur ausnahmsweise noch nach einigen Tagen, einigemal nimmt es gerade noch ab. Einige Patienten wollten sich, wie dort des Ausbruchs, so hier des epileptischen Anfalls noch erinnern. Interessant ist, dass einer bloss im Delirium davon erzählte, später aber nichts mehr davon wusste.

Die Prodrome des epileptischen Anfalls sind mehrmals die gleichen, wie beim einfachen Delirium tremens. Bisweilen schien der Anfall unerwartet und unvorbereitet einzutreten, so nach einem schweren Rausch, nach einem Streit, nach Dienstentlassung. Bei einigen Kranken war dieser Insult der erste ihres Lebens, bei andern der erste wieder seit Jahren, bei den letzten aber hatten sich die Anfälle seit kurzem gehäuft. In der Nacht wurde er nie beobachtet, sondern 4 Mal früh Morgens, 8 Mal Abends und 5 Mal zu unbestimmter Zeit. In 4 Fällen kam es innerhalb 24 Stunden zu wiederholten Anfällen, 2 Mal zu 2, 1 Mal zu 3, 1 Mal sogar zu 4!

Dem Anfall folgten nur ausnahmsweise sofort Illusionen und Erregung, vielmehr ein Zustand von grösserer oder geringerer Benommenheit, von Stumpfsinn oder Taumel, eine Art Rauschzustand. Die Kranken schliefen sogar wohl, dann aber brach nach ½ bis 1 Tag, im Maximum nach 2 Tagen, das Delirium aus und zwar wieder Abends und Nachts. Bei 2 Patienten, die unmittelbar nach dem Anfall gebracht wurden, konnte ich den ganzen Verlauf beobachten:

XIV. Beobachtung. S., Jakob, Bahnarbeiter, 48 Jahre alt. Aufnahme 26. November Abends. Schon vor 13 Jahren Delirium tremens nach Epilepsie. Heute Vormittag bei der Arbeit epileptischer Anfall mit Zungenbiss. Abends gleichsam berauscht: Zittern, Schwanken, Schwerfälligkeit in Hören, Verstehen und Sprechen, Verworrenheit. Normale Temperatur. Keine Sinnestäuschungen, guter Schlaf.

27. November. Starke Albuminurie. Müdigkeit, am Tag viel Schlaf, dazwischen geringere Benommenheit als gestern, doch Erinnerungstäuschungen. Abends Sinnestäuschungen (zuerst Visionen?) und Delirium.

27.—29. November. Schlaflosigkeit, erregtes Delirium.

30. November. Nach guter Nacht freies Erwachen.

2. December. Bei Zahnweh leichtes Recidiv, namentlich Gesichts- und Gefühlsillusionen. Der Eintrittstag fehlt völlig im Gedächtniss des Patienten, von den übrigen weiss er ziemlich viel.

XV. Beobachtung. G., Joël, Asphaltarbeiter, 42 Jahre alt, Aufnahme 17. September Abends. Schon vor zwei Jahren Epilepsie und Delirium. Einige Wochen Diarrhoe; heute Morgen Uebelkeit und Erbrechen; um 12 Uhr erster Anfall und Stirnverletzung mit schwerem Blutverlust, ½6 Uhr zweiter. Grosse Schwäche, Schlottern, Schwitzen. 38,9°. Unbesinnlichkeit, Anfall auf gestern zurückgeschoben, keine Sinnestäuschungen. Ziemlich guter Schlaf.

18. September. Diarrhoe, Eiweissurin, kein Fieber. Grosse Unbehilflichkeit, Krankheitsgefühl, Unbesinnlichkeit für Namen. Abends Verkennung der Umgebung, Sinnestäuschungen (zuerst Stimmen), Delirium.

19. September Abends 37,9°. 20. September Abends 39,5°.

21. September. Kein Fieber, beginnende Remission, Erschöpfung, spät in der Nacht Schlaf.

22. September. Bei sich. Erinnerung fehlt an Ausbruch und Verlauf.

Von unsern 17 Kranken sind 12 genesen. Ueber die Dauer des Deliriums fehlt mir in einem Fall die sichere Angabe, da der Kranke in Remission zu uns kam; für die andern gilt folgende Bestimmung:

Krankheitsdauer:

Vom epileptischen Anfall an.	Vom Beginn des Deliriums an.
2 Tage bei 5 Pat., davon 3 gestorben.	2 Tage bei 3 Pat., davon 3 gest.
3 » » 3 » » 1 »	3 » » 1 » » — »
4 » » 4 » » 1 »	4 » » 5 » » 2 »
5 » » 3 » » — »	5 » » 3 »
8 » » 1 » » — »	6 » » 3 »
	8 » » 1 »

Die achttägige Dauer wurde durch einen schweren Blutverlust im Anfall erklärt, das Delirium war keineswegs heftig und glich mehr einer chronischen Form. Wäre diesen wenigen Zahlen zu trauen, so ergäbe sich hiemit eine Erschwerung der Form in der etwas längern Dauer als beim einfachen Delirium tremens. (4,1 Tage : 3,8 im Durchschnitt).

Die Bedeutung des epileptischen Anfalls wird aber durch die grosse Zahl der Todesfälle hervorgehoben; es stehen 12 Genesungen 5 Todesfälle gegenüber. Keiner der Gestorbenen war 24 Stunden in der Anstalt; einige sind moribund gebracht worden, 2 allerdings unerwartet collabirt.

XVI. Beobachtung. R., Emil, Bahnangestellter, 37 Jahre. Absinthe, seit 10 Jahren mehrmals Delirium, seit 6 Jahren seltene epileptische Anfälle; vor 4 Tagen schwerer Insult, bald darauf Delirium. Am 3. Mai 5,0 Chloral; 4. Mai 5,0 Tinctura opii. 5. Mai Aufnahme.

Fettsucht, starke Zungenschwellung, blutiger Stuhl. Höchste Benommenheit, ängstliches Fortdrängen, Narcose. Früh Collaps; nach vier Stunden Tod im zweiten Collapsanfall.

Sectionsbericht (Herr Professor Roth): Bohnengrosse gelbe Narbe am Boden des linken Hirnventrikels, Anämie der grauen Substanz. Zahlreiche Erscheinungen des chronischen Alcoholismus in Gehirn, Herz, Leber, Polysarcie, Rippenknorpelverknöcherung etc. Oedema pulmonum. Bronchopneumonie des linken Unterlappens. Oedema epiglottidis etc. bei jauchiger Phlegmone der Zunge und des umgebenden Zellgewebes. Kleine Ulceration am Zungenrande.

XVII. Beobachtung. A., August, Wirth, 38 Jahre. 1½ Liter Schnaps p. d. Agoraphobie; öfters epileptische Anfälle, vor zwei Jahren Delirium tremens in der Anstalt. 14. Juli Abends im Rausch

epileptischer Anfall mit starkem Blutverlust. Bald nachher Delirium. Aufnahme am 16. Juli.

Viele Sugillationen, Bruch des Unterkieferrandes, allgemeiner Verfall, Icterus, Schwäche, Zittern, Schweiss, Lallen, ausgebreitete convulsive Stösse. Temperatur 38,8? Puls 168. Urin? Auf der rechten Lunge schmale Dämpfung. Beim Eintritt mässige Remission, später verworrene Delirien, doch geringe Aufregung. Tod im epileptiformen Anfall nach 11 Stunden.

Section (Herr Professor Roth): Kleiner Erweichungsherd im rechten Thalamus opticus. Zahlreiche Symptome des chronischen Alcoholismus, Polysarcie, Verknöcherung der Rippenknorpel, Atherom. etc. und kleine Blutungen der Pleuren und Darmschleimhaut, Bronchitis, beginnende Atelectase beider Unterlappen, Bronchopneumonie des rechten Mittellappens.

XVIII. Beobachtung. Sch., Joh. Anton, Droschkenkutscher, 39 Jahre. Schnaps. Früher schon Epilepsie. Nach mehrfachen Räuschen Arrest. Letzte Nacht tobendes Delirium tremens; aus unbekannten Gründen Salicyl 5,0. Am 2. Juni moribund gebracht.

Starker Mann, aussetzende Athmung, Zähneknirschen, viele Zuckungen. Höchste Benommenheit. Sprachlosigkeit. Auf Douchen keine Reaction. Drei epileptiforme Anfälle von 2—3 Minuten Dauer. Tod im vierten nach 2½ Stunden.

Section (Herr Professor Roth): Frische, leichte Pachymeningitis hæmorrhagica sinistra. Sugillationen der Darmschleimhaut, venöse Hyperämie der Nieren, hyperämischer Milztumor. Vielfache Zeichen des chronischen Alcoholismus: Fettleber 2755 Gramm etc. Dabei Hyperostose des Schädels, starke Entwicklung des Gehirns, 1645 Gramm; Pia stellenweise am Gehirn anhaftend!

XIX. Beobachtung. F., Peter, Droschkenkutscher, 35 Jahre. Schnaps; nie Delirium; vor zwei Jahren erster epileptischer Anfall. Nach Dienstentlassung im Rausch am 22. Februar Abends ein epileptischer Anfall, in der nächsten Nacht wiederholt. 23.—24. Febr. Furibundes Delirium. 25. Februar Aufnahme.

Starker Mann, Zungenwunde, Temp. 37,7 °. Unbehilflichkeit, schweres Zittern, Starre verschiedener Muskelgruppen, tobende Erregung. Mässige Aengstlichkeit. (Senna, Tropfbäder, Chloral 3,0 mit Wein.) Tod in plötzlichem Collaps.

Section (Herr Professor Roth): Zeichen des chronischen Alcoholismus in Gehirn, Herz, Leber etc. Sonst nur Bronchitis, beginnende Atelectase und Oedem des Unterlappens der rechten Lunge,

Hyperämie von Milz und Nieren, zahlreiche Blutungen im Unterhautzellgewebe und Ecchymosen der rechten Pleura pulmonum, des Peritoneums, Herzbeutels und der Schleimhaut von Nierenbecken und Colon ascendens.

XX. Beobachtung. M., Jakob, Fabriknachtwächter, 61 Jahre. Schnaps. Nie Delirium oder Epilepsie. (?) Nach Störungen von Verdauung und Schlaf epileptischer Anfall am 5. Januar Abends. Darauf unruhige Nacht. Aufnahme am 7. Januar Morgens.

Fettsucht, viele Sugillationen, Zungenbiss, Lallen, Zittern, grosse Schwäche, Schütteln, Steifigkeit der ganzen Rückenmusculatur; enormer Schweiss. Mässige Albuminurie. Beim Eintritt 37,5 °; in der Agone 42°. Bei der Aufnahme ziemliche Remission, später grosse Unruhe und Benommenheit, heiteres Delirium. Bad, nasse Einwicklung, Wein, Excitantien, kein Chloral. Tod nach 10 Stunden bei mussitirendem Delirium.

Section (Herr Professor Roth): Die Symptome des chronischen Alcoholismus. Kleine alte Apoplexie im Corpus callosum, Obliteration des rechten Hinterhornes, Adhäsion des linken Ammonshornes. Icterus catarrhalis, Gastritis chronica. Hyperämie der Nieren. Emphysem, Hypostase und Oedem der Lungen. Ecchymosen in Mitralis, Nierenbecken und Darmschleimhaut.

In allen diesen Fällen wurde ein früher Ausbruch des Deliriums nach dem epileptischen Anfall angegeben. Zu dem unerquicklichen Resultate dürfte die fremde Therapie beigetragen haben (Natron salicyl. und Narcotica), vielleicht auch einmal die eigene (Chloral 3,0). Unsere Therapie wich sonst von der beim einfachen Delirium tremens nicht ab, war höchstens noch vorsichtiger und die Bettruhe war leichter und allgemeiner durchzuführen, weil die Kranken schwächer waren.

Die Rückfälle sind nach meinen Beobachtungen zahlreicher und näher aneinander, als beim einfachen Delirium tremens, aber auch hier vergingen einmal 13 Jahre zwischen erster und zweiter Störung. Sie begannen wieder mit dem Krampfe und schienen für das Leben der Kranken gefährlicher als die ersten Anfälle.

Ich muss vielleicht noch nachtragen, dass bei allen diesen Kranken die epileptischen Anfälle nur Folgen des Trunks waren und dass der Character des Delirium tremens nie verwischt war, indem ich alle Mischfälle zweifelhafter epileptisch-alcoholischer Natur sorgfältig ausgeschlossen habe. Ich konnte hieher natürlich nur solche Kranke rechnen, von deren einleitendem Anfall ich wusste; vielleicht

sind also beim einfachen Delirium tremens auch einzelne mitgerechnet, von deren Anfällen uns nur die Kunde gefehlt hat.

Vergleichen wir noch einmal das einfache Delirium tremens mit dem Delirium tremens nach einem epileptischen Anfall, so ergibt sich für das letztere: Etwas höheres Alter der Kranken, schärfere Betonung der Erblichkeit, wahrscheinlich längerer und stärkerer Alcoholmissbrauch, schwerere körperliche Symptome (Fieber, Muskelzuckungen, Albuminurie), etwas tiefere Bewusstseinsstörung, weniger ängstliche Stimmung, längere Dauer, viel ungünstigerer Ausgang, häufigerer Rückfall, mithin überall Zeichen einer schwereren Form. Aehnlich ist auch der Rausch mit Convulsionen eine viel schwerere Erscheinung, als der gewöhnliche Rausch.

c) Das Delirium tremens bei fieberhaften Krankheiten.

Es sind mir die Krankengeschichten von acht Männern übrig geblieben, die ich zusammengefasst habe, weil bei allen eine fieberhafte Krankheit nachweisbar war, die nicht nur das Delirium tremens veranlasste, sondern auch dessen Character zu beeinflussen geeignet schien.

Die Gelegenheitsursache war einmal acuter Gelenkrheumatismus mässigen Grades: das Delirium begann, als der Kranke Salicyl bekam; 4mal Pleuropneumonie, 3mal davon mit tödtlichem Ausgang, 1mal mit Uebergang in Phthisis; 3mal phthisische und pleuritische Processe.

Der jüngste Patient war 33, der älteste 60 Jahre alt, die Hälfte zwischen 50 und 60 Jahren.

Die erste Aufnahme war es in 7, das erste Delirium in 6 Fällen; Epilepsie durch Trunk war nur bei dem zum zweiten Mal aufgenommenen Manne früher, ausserhalb des Deliriums, vorgekommen. Sonst erfuhren wir nichts von einem epileptischen Anfall. Ein erbliches Verhältniss wurde nur bei 3 Kranken bekannt. Einmal endigte die schwermüthige Mutter durch Selbstmord; ein Patient war schwachsinnig und hatte einen beschränkten Bruder und eine taubstumme Schwester, der dritte einen idiotischen Sohn. Neben Bier und Wein ist stets Schnaps getrunken worden, Absinthe niemals.

Ueber die Symptome des Deliriums habe ich wenig zu sagen. Das Fieber gehörte zur körperlichen Erkrankung und überdauerte die Remission des Deliriums; nur bei einem Kranken trafen Abfall von Fieber und Delirium zusammen.

Eiweiss fehlte in 3 Fällen im Urin und fand sich bei den drei Sterbenden und bei zwei andern Kranken.

Die körperlichen Symptome des Alcoholismus scheinen kaum schwerer als beim einfachen Delirium tremens, doch sind wieder einige Mal stärkere Muskelvibrationen, einmal vorübergehende Contracturen der Beine neben ödematösen Schwellungen, einmal Ungleichheit der beiden Körperhälften in motorischem und sensiblem Gebiet erwähnt.

Die Sinnestäuschungen sind auch kaum verschieden. Der Patient trinkt Schnaps statt Wassers, ist im Wirthshaus, fährt, sieht Feuer, Abgründe, hört Vögel, löst sich Fetzen aus der Haut etc. Zu betonen ist aber das ausschliessliche Ueberwiegen der heitern Stimmung, der Kranke ist vergnügt, oft ohne Andeutung von Aengstlichkeit; er spricht höchstens etwas unzufrieden von Träumen und sonderbaren Erlebnissen. Angst habe ich nur bei einem Kranken hervorgehoben, er hatte allerdings Todesahnungen und sprach vom Vergraben, daneben hatte er manche heitere Vorstellungen. Dieses Verhalten bestätigt die Bemerkung Trousseau's, dass das Delirium tremens bei fieberhaften Complicationen vorwiegend heitern Characters sei ([27]).

Was dem Delirium an Heftigkeit des Ausdrucks zu fehlen scheint, wird ersetzt durch längere Dauer. Während das einfache Delirium tremens kurz und typisch abläuft, höchstens z. B. durch den Eintritt der Menses verlängert wird, während das Delirium nach einem epileptischen Insult an sich zwar länger dauert, aber durch Zahnweh oder Blutverlust abermals ausgedehnt wird, so bedingt auch hier die körperliche Krankheit ein längeres Anhalten des Deliriums und noch mehr der Sinnestäuschungen, so dass der Reconvalescent noch mehrere Abende Illusionen unterliegt, wenn er schon zu sich gekommen ist.

Das Delirium wird zu einem chronischen, wenn der Körper anhaltend oder wiederholt geschwächt wird. Die Dauer des Deliriums war bei den 8 Kranken folgende:

3	Tage	bei	2	Kranken	(1 gestorben,	1 später rückfällig)
4	»	»	1	»	1	»
6	»	»	1	»	1	»
11	»	»	1	»		
14	»	»	1	»		
16	»	»	1	»		
Chronisch	»		1	»		

Unter 10 Tagen lief also, die Todten ausgenommen, die Störung nur bei einem Kranken ab, der später noch ein leichtes Recidiv durchmachte.

Es kamen alle Möglichkeiten des Ausgangs vor: 2 Patienten starben im Delirium; ein dritter starb erst an seiner Pneumonie, als das Delirium schon vorbei war; beim vierten schwand das Delirium, während die Pneumonie in Phthisis ausging. 3 genasen körperlich und geistig. Beim Letzten wurden körperliche und geistige Störung chronisch und unheilbar.

Die Todesfälle waren folgende:

XXI. Beobachtung. E. Jakob, Erdarbeiter, 51 Jahre. Durch Vererbung schwachsinnig, Schnapstrinker. Angeblich vor 2 Tagen Erkrankung und Verwirrung. Aufnahme 25. Juni. Moribund, icterisch, Schwäche, Schweiss, Schütteln der Muskeln, 40 °, leichte Albuminurie. Lebhafte Illusionen, hohe Benommenheit, Faseln geringe Unruhe. Tod nach 12 Stunden.

Section (Herr Professor Roth): Flacher Schädel mit starker Narbe. Gehirngewicht 1195 Gramm, abnorme Hirnwindung zwischen vorderer und hinterer Centralwindung, Verwachsung der Ammonshörner mit dem Ependym. Sonst Zeichen des chronischen Alcoholismus und Pleuropneumonie des rechten Oberlappens. Geringe Blutungen im Jejunum.

XXII. Beobachtung. Sch. Simon, Erdarbeiter. 37 Jahre. 1868 schwerer Typhus. Viel Schnaps. 23. November 1878 erster Schüttelfrost, mässige Erkrankung; 30. Nov. zweiter Schüttelfrost. 1. December Beginn des Deliriums. 3. Dec. Aufnahme. Grösste Schwäche, starke Zuckungen und Albuminurie; 40,5 °. Psychische Remission bei der Ankunft, später heiteres, geschwätziges Delirium. 4. Dec. früh. Tod im plötzlichen Collaps.

Section (Herr Professor Roth): Pleuropneumonia dextra, Unterlappen im Ausheilen, mittlerer graugelb hepatisirt. Pleuritis exsudativa sin., partialis adhaesiva dext. (in Organisation begriffen). Pericarditis exsudativa recens. Verbreitetes Lungenödem etc. Hydronephrosis dextra bei Descensus und Erweiterung des Ureters oberhalb einer Einschnürung durch eine Nierenvene. Symptome des chronischen Alcoholismus.

XXIII. Beobachtung. D. Julius, Schreiner, 33 Jahre. Unglückliche Verhältnisse, viel Schnaps. Seit 14 Tagen Diarrhoe, seit 4 Tagen besonders Nachts Delirium. Aufnahme 11. April. Grosse, ungleichseitige Schwäche, Icterus, leichte Albuminurie etc.

Bei der Ankunft Remission, später mässige Unruhe, leises Delirium, sogenannte »Träume«. 12. April am Tag nach 2,0 Chloral Schlaf.

13. April. Bei sich, schläft Abends ohne Chloral.

14. April. Bei sich, matt, noch 40,3 °. Beim Aufsitzen Collaps und Tod.

Section (Herr Professor Roth): Pleuropneumonia dextra, frischer Milztumor, Follicularverschwärung des Ileums, käsige Mesenterialdrüsen, Hyperämie der Nieren, Vergrösserung und Icterus der Leber etc. Gehirn 1355 Gramm.

Der vierte Fall verlief folgendermassen:

XXIV. Beobachtung. R. Mathias, Gärtner, 50 Jahre. Lange mässiger Schnapsgenuss. 9. Juni Schüttelfrost, beginnende Pleuropneumonie; 10. Juni Delirium; 12. Juni Aufnahme. Lebhafte Sinnestäuschungen von Gehör, Gesicht und Gefühl; Patient lebt bei der Arbeit, ist verzaubert, hat bisweilen Todesgedanken, auf Anreden öfters Remission; Nächte ziemlich unruhig. Stets Fieber, nie Albuminurie. Durch Somnolenz Uebergang zur Reconvalescenz und vom 21. Juni an volle Klarheit. Die Pneumonie löst sich nicht und Patient stirbt später im Spital an Phthisis, ohne wieder delirirt zu haben.

Bei den Genesenen zeigt sich stets die Verlängerung des Deliriums und noch mehr der Sinnestäuschungen, z. B.

XXV. Beobachtung. G. Friedrich, Wirth, 60 Jahre. Längere Zeit Beschwerden des chronischen Alcoholismus, schon einmal kurzes Delirium tremens. 23. August Pleuritis, bald darauf Delirium. 25. Aug. Aufnahme. Albuminurie bis 27. Aug., Fieber bis 4. Sept. Beim Eintritt psychische Remission, später hohe Benommenheit, zahlreiche Sinnestäuschungen. Allmälig Beruhigung, auch Schlaf, aber erst am 3. Sept. Klarheit. Noch 3 Abende hat Patient Gesichtstäuschungen, ohne dadurch erregt zu werden, er sieht am Ofen Geflügel, Köpfe u. s. w., wo er später nur Lichtreflexe findet.

Unser Patient mit Gelenkrheumatismus delirirte anfänglich einige Tage; nach einiger Zeit veranlasste eine mässige Pneumonie ein neues, hochgradiges Delirium. Er erholte sich völlig. Diesen Kranken kann man wohl mit den Fällen vergleichen, welche Weiss erwähnt ([28]), wo im Verlauf des Deliriums — oder nach Ablauf desselben — eine Pneumonie eintritt, welche eine »neue« Erkrankung, aber gewöhnlich auch den Tod herbeiführt.

Auf eine ähnliche neue Erkrankung stossen wir bei unserm letzten Patienten, aber Delirium und körperliche Krankheit werden chronisch.

XXVI. Beobachtung. F. Moritz, Bahnarbeiter, 59½ Jahre. Keine Erblichkeit, seit 20 Jahren Schnaps, vor 9 Jahren Pneumonie. Im letzten Sommer mehrfache Beschwerden des chronischen Alcoholismus. (Rheumatismen, Schwindel etc. bei Herzhypertrophie und Arterienatherom. Keine Albuminurie.)

17. Jan. Zwei schwere »urämische« Anfälle mit bedenklichem Lungenödem.

18. Jan. Abends heftiges Delirium tremens. Aufnahme in der Nacht auf den 19. Jan. Patient ist selten ängstlich, bisweilen ärgerlich, vorwiegend vergnügter Stimmung.

21. Jan. Nach Schlaf Klarheit, auch keine Sinnestäuschungen mehr, die starke Albuminurie fast verschwunden.

22. Jan. Erste Fiebererscheinungen. Allmälig Entwicklung einer Pleuritis nachweisbar, späterhin Phthisis pulmonum.

24. Jan. Mehr Albumen; von da an bis zum Austritt wechselnder Eiweissgehalt.

25. Jan. In der Nacht von neuem Sinnestäuschungen, die im Februar wieder etwas zurücktreten.

Von Ende Februar an stets sehr lebhafte Täuschungen von Gesicht und Gehör, halb traumhaftes Dasein; dieselben Phantasmen, wie im Delirium tremens, bei geringerer oder grösserer Benommenheit, heiterer oder mehr ängstlicher Stimmung. Keine Ausbildung von Wahnvorstellungen, keine Andeutung von Grössen- oder Verfolgungswahn. Patient bleibt immer der Zuschauer gegenüber seinen Täuschungen.

Dieses chronische Delirium besteht noch, als der phthisische Patient im Juni seiner heimatlichen Anstalt zugeführt wird.

Der dritte Todesfall dieser Gruppe, D. Julius, beweist, dass nicht jede Complication auf den Verlauf des Deliriums einwirken muss; umgekehrt zeigen aber alle bisherigen Beobachtungen, dass die Dauer des Delirium tremens nur durch eine Complication beeinflusst werden kann.

Mit den beiden ersten Formen lässt sich das Delirium tremens bei fieberhaften Krankheiten nicht recht vergleichen, denn die körperliche Erkrankung wird zur massgebenden. Wenn im einfachen Delirium tremens nur eine zufällige Complication (Kropf), beim Delirium nach Epilepsie schon die blosse Wucht der Störung den Tod herbeiführt, so wird hier der ungünstige Ausgang nur durch die körperliche Erkrankung verschuldet; das Delirium tremens complicirt und erschwert dieselbe, ist aber nur Nebensache. So tritt auch viel-

leicht die Erblichkeit in den Hintergrund, überhaupt die Disposition zu psychischer, alcoholischer Erkrankung. Der Alcoholmissbrauch war öfters nicht besonders gross, und namentlich von den älteren Patienten haben mehrere ihren Schnaps zwar lange, aber nicht im Uebermasse getrunken, so dass sie möglicherweise nie delirirt hätten ohne ihre Pleuritis, die freilich wieder durch den Alcoholgenuss begünstigt worden ist. Vielleicht hängt auch damit und nicht bloss mit dem Fieber der weniger heftige, mehr chronische Character des Deliriums zusammen.

Bei der alcoholischen Verrücktheit habe ich angegeben, dass ich keinen Verrückten kenne, der früher oder später Delirium tremens gehabt hätte; hier muss ich bestätigen, dass ich keinen Deliranten kenne, der vorher oder nachher an alcoholischem Wahnsinn gelitten hätte. Ist nun die Beobachtung richtig, dass alcoholischer Wahnsinn und Delirium tremens nicht nach einander bei demselben Manne vorkommen, so kann die Verschiedenheit der Altersstufen, des Ernährungszustandes, der Dauer und Heftigkeit der Alcoholeinwirkung den verschiedenen Ausdruck der Alcoholintoxication nicht erklären. Denn sonst müssten die Verrückten im spätern Alter bei schwererer Schwächung durch längern Missbrauch das Delirium tremens bekommen, die Deliranten aber in der kräftigern Jugend bei geringerem Missbrauch verrückt gewesen sein. Auch die Art des Getränkes kann nicht massgebend sein, indem bei beiden Formen dasselbe Getränk getrunken wurde, wenn auch nicht in gleich ausgedehntem Masse.

Man kann also als Grund des Auftretens von alcoholischer Verrücktheit bei dem einen Kranken und von Delirium tremens bei dem andern kaum etwas anderes annehmen, als eine verschiedene Anlage und Empfänglichkeit der Einzelnen, individuelle Reactionsunterschiede gegenüber derselben Schädlichkeit.

IV. Alcoholismus chronicus.

Die letzte der alcoholischen Psychosen ist der chronische Alcoholismus; man darf ihn wohl als Schwächeform bezeichnen. Die Symptome der Alcoholintoxication sind bleibend oder doch von langer Dauer. Hallucinationen finden wir nur selten, auch Wahn-

vorstellungen sind nicht nöthig; dagegen sind Defecte im sittlichen und geistigen Leben immer vorhanden.

Unter meinen 94 Alcoholikern zweifle ich bei mindestens 73 nicht daran, dass sie auch dem Alcoholismus chronicus, wenn schon vielleicht nur geringern Grades, verfallen seien. Es ist zwar hier, wie bei jeder chronischen Krankheit, schwierig, zu bestimmen, wo das Prodromalstadium endet, und wo die eigentliche Krankheit anfängt; von welchem Punkt an man den vollen Alcoholismus chronicus vor sich hat. Viel schwieriger wird aber die Erkenntniss, wenn wir den Alcoholiker nur in oder nach einer schweren, nebenhergehenden Störung sehen, wenn wir ihn nur kurz im Rausch und Katzenjammer oder etwas länger im Delirium tremens und in der Reconvalescenz beobachten. Ich verwahre mich hier schon gegen die Ansicht, die z. B. Rose ([29]) vertritt, dass das Delirium tremens nur Ausdruck des chronischen Alcoholismus sei, dass also ohne diesen kein Delirium tremens existire. Die Behauptung scheint mir eine willkürliche, sie stimmt meistens mit den Thatsachen, aber nicht immer.

Ich habe durchaus nicht jeden Patienten, der dem Alcoholmissbrauch einen epileptischen Anfall oder sogar ein Delirium tremens verdankte, von vornherein zum chronischen Alcoholiker gerechnet, sondern nur diejenigen, bei denen Anamnese und genügende Beobachtungszeit die Diagnose zu bestätigen schienen.

Ich habe leider nur 13 Kranke ausschliesslich im Zustand des chronischen Alcoholismus gesehen und von diesen hatten 3 schon früher einmal das Delirium gehabt, so dass nur 10 keine andere alcoholische Psychose durchgemacht haben. Von den übrigen habe ich zwar auch einige im chronischen Alcoholismus wieder gesehen, alle aber wenigstens einmal als Deliranten oder Verrückte beobachtet. Im Irrenhaus haben wir selten die Gelegenheit, die einfache Form zu sehen, so wenig wie ein durch Wunden oder Krankheiten complicirtes Delirium tremens, weil das Spital dieselben aufnimmt. Dort kommen unsere Trinker gewöhnlich wegen ihrer körperlichen Leiden (Magenleiden, Herzkrankheiten, Nephritis etc.) zusammen.

Ich darf also über die ganze Form kurz weggehen, um so mehr als meine Krankengeschichten mehr die acute alcoholische Störung berücksichtigen, als die chronische. Namentlich die pathologisch-anatomischen Verhältnisse muss ich übergehen. Ich erwähne nur, dass das Gehirn unserer Patienten, die im Alcoholismus chronicus einer alcoholischen Störung erlegen sind, im Durchschnitt — von

8 Kranken — 1348 Grm. wog. Das Minimum kam mit 1195 Grm. bei einem von Geburt an schwachsinnigen Mann vor, das Maximum von 1645 Grm. neben Hyperostose des Schädels, bei einem Mann, von dessen Vorleben wir nichts wissen.

Tab. IV ergibt wohl, dass, je höher das Alter eines Trinkers ist, um so sicherer Alcoholismus chronicus nachweisbar wird. Der früheste Ausbruch fand sich bei einem 25jährigen Manne, der durch erbliche Anlage und schlechtes Beispiel frühe zum Schnaps verleitet worden war. Das Durchschnittsalter beim Beginn der Störung betrüge, so viel eben festzustellen war, 39,5 Jahre.

Ein erbliches Verhältniss fanden wir bei 59,4 % unserer Patienten mit chronischem Alcoholismus.

Als Getränke wurden mir nur zweimal in glaubwürdiger Weise Wein und Bier ohne Schnaps angegeben; alle andern Kranken hatten daneben oder ausschliesslich Schnaps in irgend einer Form gebraucht, nur 4 auch Absinthe und diese fast nur vorübergehend.

Interessant wäre die Kenntniss der Veranlassung der Trunksucht. Es ergaben sich die bekannten Momente: Vererbung und Anlage, böses Beispiel im Elternhause und der spätern Umgebung, Verlockung durch den Beruf, unverschuldetes Unglück, schlechte Ehe, verlorene Speculationen und Processe, Kummer, auch Krankheiten, für deren Medicin der Alcohol gilt. Aber auch der beschämende Umstand verdient hervorgehoben zu werden, dass unsern Patienten nicht selten nachgesagt wird, sie hätten das Trinken im eidgenössischen Militärdienste gelernt!

Ueber Heftigkeit und Dauer des Missbrauchs sind die Angaben in der Regel zu unbestimmt; gewöhnlich erhält man einen Bericht: »Seit der und der Zeit haben wir den Mann kaum mehr nüchtern gesehen, seit einem Jahr trinkt er besonders heftig« u. dgl. Hier werden wir kaum irregehen, wenn wir gerade diese unbezwingliche Liederlichkeit als das sicherste Zeichen des ausgebildeten Alcoholismus chronicus ansehen, wenn wir von ihr an die volle Entfaltung der Störung datiren.

Die Wirkung des Schnapses sollte bisweilen die Beschäftigung mit Bleifarben unterstützt haben, häufig aber erzählten unsere Trinker, dass ihre Constitution durch Krankheiten (Typhus, Pneumonie etc.) geschwächt worden wäre.

Unsere Patienten waren viel häufiger fett und gedunsen als mager; sie stimmten alle darin überein, dass sie herabgekommen, schwach und anämisch waren. Ungemein häufig äusserte sich die

Schwächung im vorzeitigen Alter, im Verfall aller Kräfte, Kahlkopf, hinfälligen Aussehen, Zittern u. s. w. Ich erinnere dabei an die frühzeitige Verknöcherung der Rippenknorpel in den obigen Sectionsberichten. Vielfach wurde die schmierige, gelbliche Haut der Alcoholiker und deren mangelhafte Thätigkeit beschrieben. Schweisse waren bei unsern Trinkern die Regel, vor allem bei jeder geringen Anstrengung. Acne rosacea sah ich nur 4mal, allgemeine Furunculose einmal. Die Hautfarbe im Gesicht schien mir ebenso oft anämisch blass und gelblich, als allgemein geröthet. Doch war an gewissen Stellen Röthung durch Gefässerweiterung gewöhnlich, so auf der Nase, auf den Wangen.

Constant wurden die Verdauungsstörungen beobachtet. Sie traten auch am frühesten auf; wir fanden wie gewöhnlich chronischen Magencatarrh, Appetitlosigkeit, Erbrechen, namentlich am Morgen, Schmerz des Epigastriums, sehr oft Diarrhöen, selten Verstopfung, einigemal Icterus und Leberleiden etc.

Dann mögen Herz und Gefässe betheiligt sein: Herzerweiterung, -hypertrophie und -entartung; Atherom und Gefässerweiterungen. Durch eine Veränderung von Blut und Gefässen ist wohl auch die Schwere der Blutung bei geringen Verletzungen, die weitgreifenden Sugillationen bei Schlägen u. s. w. zu erklären. Apoplexien des Gehirns sah ich bei keinem unserer Trinker auftreten, dagegen fanden wir mehrmals bei der Section kleine apoplectische Narben; wir wissen aber, wie leicht Trinker durch Schlaganfälle enden, und beim Vergleichen der erblichen Verhältnisse ist mir aufgefallen, wie häufig Apoplexien in ihren Familien sind. Wir beobachteten einige sichere Fälle von Hämoptoë, einmal heftiges Nasenbluten und ein ander Mal schwere Hämorrhoïdalblutungen. Häufig sind Schwankungen der Gefässinnervation, Congestionen oder andere Circulationsstörungen.

Im Respirationsapparat traf ich namentlich Catarrhe, dann Emphysem, auch beginnende Phthisis und Pneumonie; ohne die Nähe des Spitals würden wir schwere Störungen noch viel öfter gesehen haben.

Hartnäckige Albuminurie bemerkte ich bloss bei 4 Kranken. Bei 2 Kranken bestand heftiger Harndrang und bei einem Incontinenz. 4mal sah ich ödematöse Schwellungen der Beine, sogar der Hände, ohne eine Spur von Albumen. Für Impotenz habe ich nur eine sichere Angabe; bei mehreren Männern und Frauen schien die geschlechtliche Erregbarkeit sogar stärker, wenigstens roher geworden

zu sein. Bei meinen wenigen Frauen waren menstruale Störungen vorhanden.

Von nervösen Symptomen war das Zittern der Extremitäten, Zunge, Lippen etc. constant. Hier wird das Hervortreten in der Morgenfrühe vor dem Schnapsgenuss als characteristisch angegeben. Meistens zitterten beide Körperhälften gleichmässig, bisweilen aber in verschiedenem Grade. Als schwerere Erscheinungen sind die selteneren Zuckungen einzelner Muskeln und Muskelgruppen anzusehen.

Weitaus über die Hälfte meiner Kranken zeigte einseitige Lähmungen im Gebiet des Facialis, etwas weniger Lähmung der Accommodation; recht oft sah ich das Abweichen der Zunge nach einer Seite, selten nur vom Alcoholismus herrührendes oder dadurch verstärktes Schielen; in 5 Fällen motorische Lähmungen und Contracturen in den Extremitäten.

Die Unsicherheit der Zunge störte meistens die Sprache, sie wurde schwerfällig und lallend. Mehr als die Hälfte der Patienten klagte über ein bezeichnendes, mehr oder weniger grosses Schwächegefühl, und zwar zeigte sich die Schwäche etwa 12 mal einseitig und etwas mehr als doppelt so oft beidseits gleich. 6 mal sind verschiedene Rheumatismen aufgeschrieben, 5 mal Wadenschmerz, 1 mal heftiger Kitzel der Haut, 2 mal halbseitige sensible Lähmung.

Beim Gesichtssinn habe ich schwere dauernde Störungen, anhaltende Farbenblindheit etc. nicht beobachtet. Hyperästhesie der Sinnesorgane habe ich beim chronischen Alcoholismus nicht gesehen, vielmehr als allgemeine Regel Abstumpfung. Störung des Schlafes, Schlaflosigkeit, ängstliche Träume u. s. w. sind für den chronischen Alcoholismus characteristisch; ebenso Kopfweh und fast im gleichen Grade Schwindelerscheinungen. Epileptische Anfälle leugneten 48 meiner Patienten; die übrigen hatten einzelne oder mehrere ausgebildete Anfälle gehabt, theils mit, theils ohne Zusammenhang mit alcoholischer Verrücktheit und Delirium.

Lang andauernde Hallucinationen ausserhalb der acuten Störung habe ich nur zweimal bemerkt; einmal in seltenen Nächten gehörte Stimmen, das zweite Mal auch am Tag quälende Stimmen, Visionen und Gefühlstäuschungen.

Feste Wahnvorstellungen habe ich nicht gerade häufig beobachtet, am ehesten allerdings den Eifersuchtswahn; die Trinker erzählten von der Untreue ihrer Frauen, einer fürchtete sogar Vergiftung durch die Hand seines undankbaren Weibes, das durch seine Anstrengung emporgekommen wäre. Bei einem andern Patienten führte die

Tochter angeblich ein liederliches Leben und brachte damit Schande über den Vater, so dass dieser sie und sich zu erschiessen drohte.

Bei einem unserer Kranken konnte ich die Entstehung dieser Vorstellungen gut verfolgen:

XXVII. Beobachtung. Patient wurde Ende 1876 zur Begutachtung zum ersten Mal aufgenommen, weil er mit Frau und Nachbarn und Polizei heftige Händel gehabt hatte. Das war in den Wuthanfällen des berauschten chronischen Alcoholisten geschehen. Patient hatte sich zwei Jahre vorher durch Erkältung eine unbestimmte, vorübergehende Lähmung zugezogen; seit einem halben Jahre waren die Symptome des chronischen Alcoholismus mehr hervorgetreten, indem Patient viel mehr trank und oft raste. Ausser den körperlichen Zeichen ergab sich damals gedrückte Stimmung, Reizbarkeit, Jähzorn und Hass gegen die Behörden wegen ungerechter Verhaftung; noch nicht gegen das Weib. Das Gedächtniss schien gut.

Ende 1878 wurde der unverbesserliche Patient, der inzwischen bevogtet worden war, wegen immer wiederholter Tobanfälle wieder gebracht. Die körperlichen Symptome sind deutlicher, psychisch findet sich erhöhte Reizbarkeit, Betonung der eigenen Unschuld und Beschuldigungen gegen Behörden und Weib. Nun trachtet dieses angeblich und zwar schon seit einem halben Jahr, nach dem Leben des Mannes, es geht zu Wahrsagerinnen, dingt Leute gegen ihn, möchte ihm Syphilis anwünschen u. s. w. Das Gedächtniss hat gelitten und Patient weiss Manches, was er leugnet, wirklich nicht mehr. Im nächsten Jahr bekam dieser Mann das Delirium tremens.

Bei einzelnen Patienten kann man wirklich von Verfolgungswahn reden. Fast überall stossen wir wenigstens auf mangelhafte Selbsterkenntniss und Einsicht, unbegründete Ueberschätzung der eigenen und Verachtung der fremden Person. Da die thatsächlichen Verhältnisse den Ansprüchen nicht entsprechen, so glauben sich die Trinker systematisch verleumdet und verfolgt, und besonders ungerecht scheinen die häufigen Beschuldigungen der Trunksucht. Man kann gewiss manche dieser sonderbaren Behauptungen durch Erinnerungslücken erklären; viele unserer Kranken wussten einfach nicht mehr, was sie Alles gethan hatten, und schienen wohl auch desshalb so häufig zu lügen. Vielleicht hing damit auch theilweise ihr rechthaberisches Wesen zusammen, das sich öfters als eigentliche folie raisonnante darstellte. Der chronische Alcoholist wird jedenfalls zum Egoisten; seine eigene Person geht voran, und um Angehörige, öffentliche Meinung und Sitte kümmert er sich wenig mehr. Er

vernachlässigt die Familie, er misshandelt sein Weib, er beschimpft Nachbarn und Behörden und übertritt die öffentlichen Gesetze. Von unsern Alcoholikern sind 7 als Diebe und 3 wegen Mordandrohungen, sogar Mordversuchs vor Gericht gestanden. Zeitenweise, namentlich nach einem Rausch, nach einem Delirium tremens, erkennen die Trinker ihre Lage mit Entsetzen; sie jammern über ihr Elend, sie schämen sich ihrer Schande, verzweifeln trostlos an der Zukunft, weil sie keine eigene Kraft besitzen, und suchen überall Hilfe. Von unsern Alcoholikern haben wir aber wenig Dank geerntet. Zwar fehlen uns Beispiele jener übertriebenen Freundlichkeit nicht, welche Voisin anführt ([30]). Kam doch ein Patient am ersten freien Sonntag nach seiner Entlassung ausdrücklich vom Lande in die Anstalt, um uns für unsere erfolgreiche Cur seines chronischen Alcoholismus zu danken; er liess sich nicht irre machen, war aber schwer betrunken! Drei andere Genesene wollten sogar aus lauter Anhänglichkeit bei uns Wärter werden, obschon freilich auch nur im Rausch. Sonst gewinnt der Genesene bald genug sein Selbstvertrauen wieder, verlässt sich auf seine eigene Kraft und vergisst die Dankbarkeit gegen seinen Arzt.

Einige Patienten waren ängstlich misstrauisch und hypochondrisch; nur wenige, an sich blöde Individuen waren harmlos vergnügt; die andern waren von verdriesslich mürrischer Stimmung oder apathisch gelangweilter Gleichgültigkeit. Allgemein ist beim Trinker die Reizbarkeit. Das Weib eines Patienten erzählt z. B., wie sie früher mit dem freundlichen Manne gut gelebt habe; seit einem Jahr aber sei derselbe verändert, verdriesslich, gefühllos, roh und jähzornig geworden; wenn sie nicht sofort billige, was er wünsche und gar zu widersprechen wage, so gerathe er in rasenden Zorn und äussere seine Wuth gegen lebende und leblose Umgebung. Namentlich sei diess der Fall, wenn er nur wenig Geistiges getrunken habe. Der Mann ertrage nichts mehr, er trinke »bösen Wein«.

Wegen Scandals mit Familie und Behörden kam daher eine grosse Zahl unserer Patienten mit der Polizei in Berührung.

Die Entwicklung des chronischen Alcoholismus geht langsam vor sich; über das Auftreten der einzelnen Symptome vor oder nebeneinander fehlen mir genügende Angaben. Die ersten im körperlichen Gebiet sind wohl die gastrischen Störungen und im geistigen die Verstimmung und Empfindlichkeit. Bisweilen soll das Delirium tremens Schuld sein am Ausbruch des chronischen Alcoholismus; sieht man aber genauer nach, so erkennt man schon vor dessen Ausbruch

die Symptome der chronischen Störung; diese treten nach dem Delirium nur schärfer hervor, da dasselbe wie jede andere schwächende Krankheit die Erscheinungen verstärkt. Ich habe schon erwähnt, dass das Delirium tremens beim chronischen Alcoholismus nicht nothwendig ist, indem 10 von meinen Patienten bis jetzt noch nie delirirt haben.

Auch der Verlauf des Alcoholismus chronicus ist langwierig. Vielfach wird geradezu Unheilbarkeit als characteristisch angegeben. Für die psychischen Erscheinungen kenne ich bis jetzt aus eigener Erfahrung kein hinlänglich bewährtes Beispiel von Genesung, ich darf nur von Besserungen reden; doch erwähnen die amerikanischen Trinkerasyle ([31]) solcher. Aber für die körperlichen Symptome ist nach unsern Beobachtungen Besserung nicht selten, und sogar, wenigstens zeitweise, völliger Rückgang möglich. Ich möchte also den chronischen Alcoholismus nicht von vornherein für unheilbar, sondern wenigstens für bedeutender Besserung fähig halten. Einen tödtlichen Ausgang ohne intercurrente Krankheit kenne ich bis jetzt noch nicht, dagegen Fälle von jahrelangem unverändertem Bestand und mehrere Fälle, die durch Uebergang in Paralyse tödtlich geendet haben.

Ich habe noch einige Worte über das Verhalten des chronischen Alcoholismus zu den andern alcoholischen Störungen zu sagen. Ich habe gefunden, dass Alcoholismus chronicus bei der acuten Verrücktheit nur selten nachweisbar sei, während er bei der chronischen Verrücktheit und dem Delirium tremens nicht oft fehle. Ich habe einige Fälle von Delirium tremens beobachtet, bei denen ausserhalb der Störung und ihrer unmittelbaren Folgen jedes Symptom des Alcoholismus fehlte; es waren das unsere jüngsten Patienten. Zwar fehlte auch hier, wie bei keinem unserer alcoholisch Gestörten, der längere Missbrauch nicht; das Delirium war also allerdings Folge einer chronischen Alcoholintoxication, aber in diesen seltenen Fällen nicht auch Ausdruck des Alcoholismus chronicus oder also blosses Symptom eines klinischen Bildes. Noch weniger halte ich jede alcoholische Epilepsie für blosses Symptom dieses klinischen Bildes; denn auch da sind mir Beispiele bekannt, wo schwere Räusche einen epileptischen Anfall verschuldet haben, ohne dass wir die gewöhnlichen Symptome des Alcoholismus chronicus hätten finden können.

Zum Schlusse möchte ich nochmals betonen, dass ich für diese Uebersicht nur Fälle rein alcoholischer Natur benützt habe, d. h. Erkrankungen, für welche Alcoholmissbrauch die hauptsächliche und ausschliessliche Ursache war. Ich habe also jeden Fall z. B. von acuter

Verrücktheit ausgeschlossen, bei welchem Onanie, oder jeden von Delirium, bei welchem Epilepsie als massgebende Ursache in Frage kommen konnte. Ebenso wenig habe ich die Mischformen alcoholischer Störungen mit solchen epileptischer, hysterischer und traumatischer Natur berücksichtigt, und ähnlich habe ich die Uebergänge ächt alcoholischer Formen in progressive Paralyse vernachlässigt.

Endlich wünche ich noch meinem Lehrer und Vorgesetzten, Herrn Professor Wille, für die viele Mühe, die derselbe mir und meiner Arbeit geschenkt hat, meinen innigen Dank zu wiederholen. Die Arbeit selbst habe ich im Frühjahr 1880 beendet und für den vorliegenden Druck habe ich weder etwas zugefügt noch etwas Wesentliches verändert.

Burghölzli-Zürich, im März 1882.

Anmerkungen.

[1]) Morel. Traité des maladies mentales. Paris 1860. p. 113.

[2]) Morel. l. c. p. 262.

[3]) Morel. l. c. p. 213 u. 214.

[4]) W. Nasse. Ueber den Verfolgungswahnsinn der geistesgestörten Trinker. Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie. Band 34. p. 167—183.

[5]) Statistische Mittheilungen des Cantons Basel-Stadt vom Jahre 1878. Basel 1879. S. 40.

[6]) A. Böhm. Intoxicationen durch Anästhetica. v. Ziemssens Handbuch Band 15. p. 90—121.

[7]) Morel. l. c. p. 648.

[8]) Morel. l. c. p. 262.

[9]) Magnus Huss. Chronische Alcoholskrankheit, übersetzt von Gerhard van dem Busch. Stockholm und Leipzig 1852.

[10]) Magnan. De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. Paris 1874.

[11]) Magnan. l. c.

[12]) Aug. Voisin. Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris 1876. p. 119—175.

[13]) Esquirol. Des maladies mentales. Paris 1838.

[14]) und [15]) Nasse. l. c.

[16]) und [17]) Magnan. l. c.

[18]) Thomas Sutton. Von dem Irrereden mit Zittern, Delirium tremens. Nasse's Zeitschrift für psychische Aerzte. 1819. p. 572—618.

[19]) C. Fürstner. Zur Behandlung der Alcoholisten. Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 34. p. 184—204.

[20]) Magnan. l. c. p. 127.

[21]) Magnan. l. c. p. 136.

[22]) Magnan. l. c. p. 150.

[23]) Esquirol. l. c. Des illusions. p. 223.

[24]) Fürstner. l. c.

[25]) Fürstner. Ueber Albuminurie bei Alcoholisten. Archiv für Psychiatrie. Bd. VI. p. 755—765.

[26]) Fürstner. Zur Behandlung etc. p. 201.

[27]) A. Trousseau. Medicinische Klinik des Hôtel-Dieu. Uebers. von Culmann 1868. II. Band. Alcoholismus.

[28]) J. Weiss. Symptomatologie und Verlauf des Delirium alcoholicum. Wiener medic. Wochenschrift. 1876. p. 102.

[29]) E. Rose. Delirium tremens und Delirium traumaticum. Billroth und v. Pitha. Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie. I. Band.

[30]) Voisin. l. c.

[31]) A. Bär. Der Alcoholismus. Berlin 1878.

Uebersicht der nicht alcoholischen Psychosen. 1876—78.

Tab. I.

Trunksucht als Nebenursache beim Patienten selbst und Vererbung durch oder auf trunksüchtige Familienglieder.

	Idiotismus		Primäre Störungen		Transitorische S.		Constitutionelle S.		Secundäre S.		Periodische S.		Epileptische S.		Hysterische S.		Organische S.		Paralytische S.		Senile Störungen		Delirium acutum		**Summe**		
Trunksucht fand sich als Nebenursache beim Patienten selbst	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	S
	...	...	9	2	3	1	...	...	...	...	1	...	7	2	...	2	5	...	9	...	...	...	...	1	34	8	42
Trunksucht fand sich bei:																											
I. Directer Erblichkeit, den Eltern																											
Väterlicherseits	...	1	7	5	...	1	...	1	...	2	...	...	...	2	...	2	1	...	...	...	1	...	...	...	9	14	23
Mütterlicherseits	...	...	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	1	1	...	...	...	...	...	...	...	2	3	5
Beidseits	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2	...	2
II. Indirecter Erblichkeit b. Grosseltern und Geschwistern der Eltern																											
Väterlicherseits	...	...	2	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	2	...	...	...	...	...	...	...	...	3	2	5
Mütterlicherseits	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	1	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2	1	3
Beidseits	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
III. Familienanlage																											
Gleichstehend, bei Geschwistern	...	...	1	1	...	...	...	...	1	3	...	...	1	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	4	4	8
Absteigend, bei Kindern der Kranken und ihrer Geschwister	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	1	2
Summe	1	1	11	8	...	1	...	1	1	6	3	...	3	3	...	5	3	...	...	...	1	...	...	...	23	25	48

Bei den alcoholischen Psychosen fand sich folgende Vererbung: Tab. II.

Grad der Verwandtschaft	Nervenkrankheit		Geisteskrankheit		Trunksucht		Selbstmord		Auffallende Charactere		Vergehen		Summe		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	S
I. Directe Erblichkeit: Bei den Eltern fand sich:															
Väterlicherseits	1	...	2	...	8	...	...	...	2	...	...	...	13	...	13
Mütterlicherseits	3	...	6	...	3	1	...	...	...	...	...	...	12	1	13
Beidseits	3	...	3	1	1	...	...	...	...	...	...	...	7	1	8
II. Indirecte Erblichkeit: Bei Grosseltern und Geschwistern der Eltern fand sich:															
Väterlicherseits	1	...	1	...	1	...	...	...	...	...	...	...	3	...	3
Mütterlicherseits	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Beidseits	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
III. Familienanlage:															
Gleichstehend: Bei Geschwistern	5	...	1	1	5	...	...	...	...	...	...	...	11	1	12
Absteigend: Bei Kindern d. Kranken und ihrer Geschwister	2	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3	...	3
IV. Blutsverwandtschaft der Eltern	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Summe	15	...	14	2	18	1	...	...	2	...	...	...	49	3	52
Nicht erblich	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	40	2	42

Beruf unserer Alcoholiker.

Tab. III.

Beruf.	Verrücktheit				Delirium tremens						Alcohol. chron.		Summe aller Alcoholiker	
	acute		chronische		einfaches		nach Epilepsie		complicirtes					
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Wirthe, Küfer, Schnaps- und Weinhändler etc.	2	...	1	...	6	1	2	...	1	...	12	2	13	2
Hausirer	...	...	...	...	3	1	...	...	...	...	4	1	4	1
Bureauarbeiter, Lehrer	7	...	2	...	2	...	2	...	1	...	10	...	16	...
Erdarbeiter (Taglöhner, Eisenbahnarbeiter etc.)	1	...	2	...	11	...	3	...	4	...	20	...	25	...
Feuerarbeiter (Schmiede, Schlosser etc.)	...	...	...	...	3	...	1	...	...	...	5	...	6	...
Andere Handwerker	1	...	1	...	4	...	2	...	2	...	9	...	13	...
Fabrikarbeiter	...	...	...	...	2	1	...	...	...	...	1	1	2	1
Fuhrleute	...	...	...	...	...	...	3	...	...	...	3	...	3	...
Landjäger, Nachtwächter	...	...	...	...	2	...	2	...	...	...	3	...	4	...
Ohne Beruf	2	...	...	...	...	1	...	...	...	...	1	1	3	1
Summe	13	...	6	...	33	4	15	...	8	...	68	5	89	5
Civilstand: ledig	9	...	2	...	6	...	5	...	1	...	14	...	26	...
verheirathet	4	...	2	...	22	3	10	...	6	...	47	3	54	3
verwittwet und geschieden	...	...	2	...	5	1	...	...	1	...	7	2	9	2

Alter der Alcoholiker bei der Aufnahme und beim Ausbruch der ersten Störung.

Tab. IV.

Alter	Bei der Aufnahme						Beim Ausbruch der ersten Störung					
	Verrücktheit		Delirium tremens			Alcoh. chron.	Verrücktheit		Delirium tremens			Alcoh. chron.
	Acute	Chronische	Einfaches	nach Epilepsie	Complicirtes		Acute	Chronische	Einfaches	nach Epilepsie	Complicirtes	
16—20 Jahre	1	...	1	...	...	...	1	...	1	...	...	...
21—25 „	1	...	...	1	...	1	2	1	1	1	...	1
26—30 „	4	1	4	...	...	4	1	...	3	1	...	2
31—35 „	7	2	7	2	1	12	4	3	7	2	1	10
36—40 „	...	1	10	6	1	18	1	1	7	4	1	7
41—45 „	3	2	9	3	...	15	1	1	7	2	1	5
46—50 „	...	...	4	3	2	10	...	...	4	2	1	6
51—60 „	2	...	5	1	4	13	...	...	4	1	4	2
über 60 „	...	...	...	1	...	...	...	...	...	1	...	...
Summe	18	6	40	17	8	73	10	6	34	14	8	33
Durchschnittsalter in den bekannten Fällen . . . Jahre:							30,4	33,5	39,3*	40,9	49,5	39,5?
Minimum . . . „							20	24	20	23	33	25
Maximum . . . „							43	42	57	61	60	60
									*Männer allein 38,8			